Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO.5

National Values, Institutions and Health Policies: What Do They Imply for Medicare Reform?

by

Theodore R. Marmor
Yale University

Kieke G.H. Okma
Queen's University
Ministry of Health, Welfare & Sport, The Netherlands

Stephen R. Latham
Yale University

July 2002

The views expressed herein are solely those of the authors and do not necessarily reflect those of the Commission on the Future of Health Care in Canada.

103-00497/

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

I. Introduction 1

II. What Are "National Values"?: The Presumptions of the Inquiry 2

III. Calls for Reform in Canadian Health Care: Context and Convictions 5

IV. European Values and Medical Care: Similar Values, Divergent Arrangements 8

A. Public Attitudes Towards Government's Role in Health Care 8

B. Funding and Provision of Health Care in the OECD: Institutional Arrangements 10

C. Styles of Policymaking 12

D. Interest Bargaining 13

V. Canadian Values and Medical Care Arrangements 15

VI. Conclusion 17

Citations 18

Highlights

We emphasize the difficulty in describing "national values" in nations with heterogeneous populations. We characterize values as general, and as conflicting with one another. Many different institutional arrangements can embody a nation's values. But public-expressed national values can build solidarity, and serve as important guides to action; there are some policies that national values rule out.

The five criteria of the *Canada Health Act* – public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility – are instrumental values that give shape to Canadians' fundamental "Medicare values": public finance and equal access to health care, regardless of ability to pay.

We briefly describe forces besides values that shape national policy.

We offer a brief overview of recent Medicare reform proposals. Most proposals embrace Medicare's values wholeheartedly. Some propose only incremental, and others more sweeping, changes; but most remain faithful to Medicare's underlying values. A very few reports, while purporting to support Medicare's values, nonetheless propose changes that we believe are inconsistent with Medicare values.

Turning to comparative evidence, we show widespread agreement among OECD nations as to fundamental values in health care provision. Yet there are substantial differences in those nations' institutional arrangements – differences in coverage, in styles of policymaking, in patterns of interest bargaining. This evidence confirms that a wide variety of social institutions can be consistent with the same set of values.

We show widespread public support among Canadians for Medicare's basic values. That this co-exists with calls for reform is no paradox; programmatic amendments need not challenge basic values. Indeed, different provinces already have different experiences under Medicare, all consistent with its basic values.

Conclusion

Medicare embodies certain Canadian values – values that continue to enjoy widespread support. These values are not a "policy straitjacket." Evidence from other OECD nations shows that very different social institutions can be faithful to the same basic values. Thus significant reforms might be undertaken without threatening national values. But some proposed reforms are a threat to core Medicare values: values, though not the sole determinant of policy, do rule out certain options. Among most proposed reforms, however, prudence rather than principle should guide decision making.

Executive Summary

Questions Presented

How are Canadian values reflected in the way they have chosen to finance and organize their health care systems? How does the structure and financing of health care within other liberal-democratic nations reflect the values held by the citizens of those countries?

I. Introduction

The Medicare program is often taken to embody something distinctive and superior about Canadian social values. We argue against any "tight" connection between the concrete details of health policy and Canadian national values; instead, we contend that there is a wide variety of reforms that might be consistent with them. Choice among these must be dictated by prudence rather than by principle. We emphasize, though, that national values.do eliminate certain policy options.

II. What Are "National Values"?: The Presumptions of the Inquiry

"Values" are subjective views of individuals about what is worthy or important. In politics, these are views about the ends that social institutions ought to advance, and the virtues they ought to embody. Values are general; they do not dictate preferences for particular institutional structures at any level of detail. Values also compete with one another. Multiple institutional arrangements may thus embody the same values, by giving prominence to them differentially. But values may nonetheless play an important role in creating a political community and in guiding its actions. Values are no policy straitjacket, but there are certain choices they rule out. In the context of the Medicare debate, Canada's core national values have been well expressed by Michael Ignatieff: "We [Canadians] think that public taxation should provide for health care and that it is wrong for decent medical care to depend on the size of our bank balances." The five criteria mentioned in the *Canada Health Act* – public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility – are instrumental values that give shape to these fundamental public and egalitarian values of Medicare. These values enjoy widespread support, even among the most pro-reform critics of Medicare. We note that values must be distinguished from a number of other important forces that shape public institutions. These include interests, public opinion, governmental policymaking systems, and various historically contingent features of the institutions themselves.

III. Calls for Reform in Canadian Health Care

In spite of a great deal of "crisis talk" regarding Medicare, few if any reform proposals explicitly demand a radical transformation of Medicare. Among recent reports calling for Medicare reform, some reaffirm core Medicare values while recommending only incremental improvements; most propose reforms that are compatible with Medicare's fundamental values,

but raise substantial issues regarding the practical value, political acceptability, or managerial feasibility of various aspects of the program; and, at the extreme, a few propose changes in Medicare that, regardless of the reports' professed fidelity to Medicare's values, are in fact incompatible with the egalitarian values the program now embodies. An example of that category, in our view, is the Mazankowski report. That so few of the reform proposals challenge the fundamental values of Medicare indicates to us that the program has an iconic status that makes it difficult to challenge its value-premises directly, and that makes it clear why the media – and Medicare's advocates – are on the hunt for threats to this widely "valued" program.

IV. European Values and Medical Care: Similar Values, Divergent Arrangements

Though there are some important distinctions to be made among countries, data show that citizens of most OECD states consider good medical care very important, and its provision an essential responsibility of government. This shared value orientation, however, exists side by side with substantial differences in the administration, policies, and rules of European medical care systems. A brief review of the history of the development of these systems reveals that factors other than value-differences account for these contrasts. These include widely varying styles of policymaking, and the differing play of interests among affected parties in the different states. Developed democracies have developed very different public institutions on the basis of quite similar national values.

V. Canadian Values and Medical Care Arrangements

Polling data demonstrate strong continued public support for the principles of the *Canada Health Act*. Despite concerns about the future of Medicare, Canadians express high satisfaction with the services they actually receive. At the same time, concern about Medicare is widespread. Within Canada, as among the OECD nations, we find evidence that the same social values can be served by differing institutions; differences between the provinces' experiences with Medicare demonstrate as much. The link between operational policies and underlying values is thus relatively loose. But there is also evidence that public devotion to Medicare values has grown over the life of the program, and that those values have real critical bite in shaping the program. This was demonstrated in the struggle over extra-billing, and continues to be demonstrated in Canada's strong rules restricting the role of private funding in gaining differential access to care.

VI. Conclusion

Data from OECD countries and evidence from Canada support our claim that national values and program structure in medical care are only loosely associated. A substantial variety of institutional forms have developed, all consistent with broadly shared social values. Differences in institutions reflect not different ideological positions but the subtle historical differences in those institutions' initial construction, and in the subsequent play of political and social interests. Canadian Medicare stands firm on its foundations of still-shared Canadian national values. The question for Medicare reformers is simply how best to embody those values in 21st century

institutions. That question requires, for its answer, a prudent attention to political and economic realities, and a prudent review of the managerial and financing arrangements that have been tried elsewhere. But Medicare's values are not consistent with just any prudential or managerial adjustment. Most Canadians do not believe that access to medical care should depend on the size of their bank accounts. That is a fundamental value. And some of the suggestions for "reforming" Medicare challenge that value, and are thus actually threats to Medicare's continuation in its present form.

I. Introduction

The Medicare program, it is quite often asserted, is special for Canadians because the program is taken to embody something distinctive and superior about Canadian social values. For some Canadians, it follows that any effort to alter Medicare substantially amounts to an attack on Canadian values and should be rejected. On the other hand, others have claimed that Canadian national values have undergone substantial changes, and that this shift in values may justify (or excuse) amendments and alterations to the Medicare program.

These are what we will term anti- and pro-amendment positions. Both assume a fairly tight connection between what are called "*Canadian national values*" and the particular structural features of Medicare. In light of this ongoing debate, we have been asked by the Romanow Commission to investigate the role of "*national values*" in the shaping (or re-shaping) of health insurance programs in Canada, and more generally in the world of developed democracies.

Section II is first a methodological commentary on what is and can sensibly be meant by appeals to "national values." It then addresses the general theoretical concerns about how such values might be embodied in the institutions of different Western democracies. Section III begins by taking note of the large number of reports that have recently called for reform of the Canadian health care system. After commenting briefly on the relevance of the value presumptions of these reports for this inquiry, we approach our central topic in section IV. That part of the paper provides some comparative evidence that shows how loose the connections really are between anything coherently termed "national values" and the concrete forms of social institutions. Many variables besides "values" are at work in shaping and re-shaping particular institutions of social policy, we argue. And, conversely, we claim, many quite differently shaped social institutions may reasonably be said to embody the same set of values. In Section V, we return to the Canadian discussion of Medicare, and argue that a range of possible amendments would be perfectly consistent with – and therefore would be not greatly threaten – Canadian social values. Choosing among those options requires a degree of prudence – an attention to the political realities of conflicting interests, and to the practical realities of resource management and information – at least as important as the values that prudence aims to advance. That a social welfare institution expresses the right values is a necessary, but is not a sufficient, basis for its adoption as a wise course of action. Section VI concludes.

II. What Are "National Values?": The Presumptions of the Inquiry

Social science has long been suspicious of the notion of "national values" (Schumpeter 1908). After all, values are held by persons, not by corporate entities that have neither minds nor desires. It is true that we may speak loosely of the "values of the common law," or the "values of the Catholic church." By such usage we mean to locate fundamental doctrines that emerge from the writings, or from the beliefs of the elite, within a certain tradition. But in general, "values" refers to subjective views of individuals about what is worthy or important. In politics, these are views about the ends that social institutions ought to advance, and the virtues they ought to embody.

One's values are *general*; they do not dictate preferences for particular institutional structures at any level of detail (Rawls 1971). That one values privacy in health care need not lead one, for example, to endorse a particular set of detailed privacy rules (those contained in the new United States *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* [HIPAA] regulations, say). It leads one only to prefer institutional arrangements that protect privacy over those that do not, and arrangements that protect privacy more over those that protect it less. One's values also *compete with one another* (Berlin 1998). Efficiency, for example, may need to be sacrificed to favor participatory governance or vice versa. A strong commitment to equality may lead one to limit liberty to some extent. Multiple institutional arrangements may thus have equal claim to instantiating one's values, by giving prominence to them differentially. Precision in statements about "national values" is thus doubly imperiled: such statements are necessarily a summation across a broad population of varied individuals' – already general, and already potentially conflicting – values.

These cautionary observations should not, however, blind us to the important role that values may play in creating a political community and in guiding its actions. Statements of values may inspire, unite, even "constitute" a people: think of the Declaration of Independence and the Bill of Rights in the United States, or the Magna Carta in Britain. And public statements of shared values – even if the values come to be shared only after they are publicly stated – may serve as important guides to action. The fact that values are general and may compete with one another does not, after all, render them meaningless. Values are no policy straitjacket, but there are certain choices they rule out.

In the context of the Medicare debate, Canada's core national values have been well expressed by Michael Ignatieff: "We [Canadians] think that public taxation should provide for health care and that it is wrong for decent medical care to depend on the size of our bank balances" (Ignatieff 2000). The five criteria mentioned in the *Canada Health Act* – public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility – are themselves values, though perhaps narrower, more "instrumental" values, which give shape to the broad but fundamental public and egalitarian values expressed by Ignatieff. Since their articulation in the Hall Commission Report of 1964 and the *Canada Health Act* of 1984, the five criteria have gained widespread public support. (It is no coincidence that every contemporary report that calls for Medicare reform feels compelled to do so by alleging the consistency of their proposed reforms with the five criteria.) Our contention is that those five values, because they are general

and may have to be traded off against one another, may be advanced by a number of different institutional arrangements. But we also claim that there are certain proposed reforms that they rule out.

Before attempting to substantiate this contention, however, we pause to distinguish values from a number of other important forces that shape public institutions. On the top of that list must be *interests*. Interests are states of affairs or courses of action that persons are motivated to pursue based on the powerful drive for self-aggrandizement (including self-aggrandizement's prerequisite, self-preservation) (Mansfield 1995, Hirschman 1992). Persons have multiple interests; these are calculable, predictable, objective, and – like values – can be traded off against one another (Mansfield 1995). Institutional arrangements that were created because they advanced shared values may survive because they further powerful interests. And institutions created from self-interested motives may well embody values, or serve to establish them in society over time (Immergut 1992).

Public opinion, too, can shape institutions.[1] Opinions are views, prudential or ethical, about states of affairs or courses of action. These are notoriously more subject to short-term amendment than either values (which, because they are general, are less subject to amendment in light of short-term factual changes) or interests (which one can, in principle, objectively calculate). General opinions grounded in values ("Access to health care should be universal.") appear to be more "sticky" than opinions about particular states of affairs ("Medicare is working well.") (Maioni and Martin 2001).

Social institutions are also to some degree the products of the governmental and policymaking systems that create them, and those systems are, to use a difficult expression, value-informed. Thus centralist governments will more likely create centralized social welfare institutions; corporatist governments will more frequently create corporate entities whose bargains will determine the particular means of implementing social values. Here is a path by which societal values, by influencing styles of policymaking, may influence public policy. So, for example, Douglas and Wildavsky (1989) distinguish three distinguishable policymaking styles: *competitive individualism*, *hierarchical collectivism*, and *sectarianism*.

The social democratic states of Northern Europe have, according to this line of argument, strong traditions of hierarchical collectivism, with moderate support of individualistic norms and weak embrace of sectarian modes of policy promotion (Okma 2002). The United States, by contrast, displays a weaker appeal to collectivism and an active streak of sectarian political mobilization. Market efficiency and individual liberty are, according to polling studies, leading American values. Yet, as Douglas and Wildavsky acknowledge, it is a mistake to assume a very close fit between value-informed modes of policymaking and actual policy. Even the United States, with its seemingly dominant competitive-individualist values in policymaking, managed to enact Medicare, Medicaid, the Veterans Administration health program, the Indian Health system, law mandating emergency medical care regardless of patients' ability to pay, tax incentives to encourage the purchase of private insurance, tax incentives for the provision of private charity care, and publicly funded hospitals that give free or discounted care. No one could reason her way to this set of health care institutions and programs from a premise of

1 Equally, institutions can shape opinions (Immergut 1992).

"competitive individualism" in policymaking. And this is so even if one concedes the accuracy of the characterization of US values. The concrete details of health policy, in short, are not tightly linked even to styles of policymaking that reflect dominant value orientations.

Finally, social and political institutions, once created, develop lives of their own (Tuohy 1999). For example, the historically contingent fact that Britain's National Health Service (NHS) was created just after the Second World War made its centralized organization likely, and that has shaped much of its subsequent development (Klein 1995). In the United States, the postwar development of private health insurance markets (driven, partly, by employer tax benefits) has made it very difficult for government to assume as central a role in the delivery and financing of health care as it has in other developed countries. The constitutional model for Canada's Medicare required bargaining between provinces and the federal government. From the beginning, also, there was regular bargaining with medical associations. Those features have conditioned Canadian policymaking and further developments of Medicare have emerged to a large extent out of these institutional processes and rules of the Canadian "game" (Tuohy 1999).

In the next section, we will briefly characterize the range of reform proposals that have marked the Canadian political scene in recent years. Our purpose is not to evaluate any of these reports here; we and others have done that elsewhere. Rather, the aim is to set the Canadian context for the more concrete discussion of national values and health policy. In section IV, we will consider some concrete evidence regarding the question whether and to what extent different countries may, on the basis of similar distributions of values, establish quite different national institutions of social welfare. We hope to show there that many of the core structural differences in national health care arrangements are the product not of differences in fundamental social values but of differences in political superstructure, of differing accommodations of clashing interests, and of the historically contingent "accidental logics" of established social institutions. This will substantiate the first portion of our core contention, that is, that national values are not a policy straitjacket. In section V, we will turn to the second feature of our core contention: namely, that contemporary Canadian values neither call for a major change in Medicare nor do most of the reforms proposed require a change in values to be justified.

III. Calls for Reform in Canadian Health Care: Context and Convictions

We begin by describing very briefly some of the recent history of the Canadian Medicare program so as to set the context of the current pressures for (and against) major reform. We then characterize the ideological and value spectrum on which one might locate current proposals for reform. Our purpose here is not to evaluate the validity of any of these reports. Rather, it is to substantiate the importance of being clear about when values are and are not at stake in discussions of the case for Medicare "reform."

While we do not believe this is a "crisis moment" for Canadian health care, it is important to understand why the call for reform is so alarmist and why so many Canadians believe the values Medicare embodies are at stake. Canadian public expenditure on health care, as with most industrial democracies, has faced great pressures in recent years. Economic stagnation, high levels of unemployment and rapidly increasing fiscal deficits in the 1970s and 1980s fuelled debates about the sustainability of welfare states everywhere (OECD 1992, 1994). Throughout the Western industrial world, politicians and commentators raised questions about the proper role of the state and the private market in providing for and safeguarding the welfare of individual citizens. In Canada, efforts to rein in national government spending included a freeze of federal transfers that, over time, caused a considerable shift away from federal funding to the provincial and territorial level. In the last few years – with the coming, significantly, of improved economic times – participants at every level of the Medicare program have been vocal about the losses suffered during the long period of fiscal belt tightening. The Canadian press has been filled with fearful anecdotes and talk about a "crisis" in Medicare (Marmor 2002). For all the crisis language, few if any reform proposals explicitly demand a radical transformation of Medicare on the basis of a clear rejection of the values it embodies. Indeed, the Canadian debate has thus far included little explicit discussion of radical alternatives to Medicare's basic funding model. This contrasts with debates in the United Kingdom and the Netherlands, for example, where fundamental funding options have been extensively investigated (but not chosen).

Canadian reform proposals have nonetheless received enormous attention. They range from the imposing of prospective budgets on providers of care to de-listing certain services from public health insurance. Some provinces promote the introduction of private funding, and many have celebrated improved management (Okma 2002). The 2001 CIHI report aptly concludes that the reform debates in fact call for "overlapping generations of reform" (CIHI 2001). As in other OECD countries, many of these proposals have met with strong resistance from various constituencies. And reform ideas have prompted counter-ideas. There are, for example, proposals to devolve authority and to further decentralise the governance of medical institutions. At the same time, there are demands to centralise and assume stronger government control – for example, in the monitoring of outcomes or the provision of information about health care services to the general public. But, as in other OECD countries and in spite of much discussion, the basic public contracting model of public funding and private provision of health care has not, it appears, been challenged explicitly (Ranade 1998; Tuohy 1999).

Do any of these proposals amount to a threat to Canadian national values? Is the adoption of any of them contingent upon Canadians' changing their core values? Do the different reform

proposals reflect fundamentally different values regarding the social provision of health care to the sick or injured, or are they in fact simply the products of different views about management and governance in service of shared values? To these questions we now turn.

Our approach is not to summarize the reports. Rather, it is to locate them on a value spectrum in connection with the purposes of our inquiry. Our presumption is this: Reports can embrace the values Medicare expresses yet still propose reforms of at least three sorts. One category reaffirms those values in the course of recommending incremental improvements, as does the report of the Tommy Douglas Institute of February 2001 (Rachlis et al. 2001). At the other end of the spectrum, there are reports that propose changes in Medicare that, regardless of the report's professed attachment to Medicare's values, are in fact incompatible with the egalitarian values the program now embodies. An example of that category, in our view, is the Mazankowski report of December 2001 (Mazankowski Commission 2001).

Between these points on the spectrum are many reports whose reform proposals are compatible with Medicare's fundamental values, but raise very different issues of practical value, political acceptability or managerial feasibility. These range from the 1997 report of the National Forum on Health to the 2000 commentary of the Institute for Research on Public Policies (National Forum on Health 1997, Decter et al. 2000). The Clair Commission in Quebec, for example, recommended many policy and managerial changes, none of which depended on changes in Canadian or Quebec values (Clair Commission 2001). In Ontario, a restructuring commission struggled to implement substantial reforms in the structure of the province's hospitals and provision of medical services. But, as with Quebec, this commission embraced Medicare's value premises while promoting policy reforms (Ontario Health Services Restructuring Commission 2000).

The Saskatchewan Commission on Medicare proposed a major reorganization of provincial hospital and medical services (Fyke Commission 2001). But, like most of the reports we have reviewed, its recommendations did not rest on either the claim that Canadian values had changed substantially or that changes in values were needed to support reform.

The two federal commissions currently investigating Medicare are both broad in scope and the object of considerable media and public interest. In 2000, Senator Kirby's Commission began its own two-year review of health care. Its interim report, issued in September 2001, was a virtual catalogue of the various reform proposals (Kirby Committee 2001). It did not call for comprehensive change in Medicare, but suggested that the "public administration" feature needed revisiting and piecemeal alteration.

In early 2001, the Romanow Commission began its effort "to examine the state of health care in Canada including the benefits and negatives of the current system." It has a substantial mandate, has conducted extensive research and consultation, and has prompted intense media interest. Its interim report of February 2002 prompted considerable debate, an indication of just how much interest Medicare arouses in Canadian life (Romanow Commission 2002).

Despite the rhetoric of crisis and the appeal to needed reforms, very few of the Canadian reform proposals explicitly challenge the fundamental values. This, itself, is an interesting and

important feature of Medicare's place in Canada. The program is more than a vehicle for financing hospital and medical insurance. It is best understood as an icon. For this reason there is understandable political reluctance to challenge directly the program's premises. On the other hand, the iconic status of Medicare makes it perfectly clear why the media – and Medicare's advocates – are on the hunt for threats to this widely "valued" program.

None of these claims mean, however, that *all* the proposals for reform are compatible with Medicare's values, which is a topic to which we will return. It is true, we contend, that most of the proposals - calling for increased integration and improved co-ordination of services, greater oversight of costs, and so on – are efforts to improve Medicare managerially and keep its outlays under reasonable control. Most do not amount to a threat to Canadian values nor would their adoption be contingent upon Canadians changing the values they hold regarding medical care. Most, in short, reflect different views about management and governance, not fundamentally different values concerning the social provision of health care to the sick or injured. Others have debated the merits of these reports at length. Here, our aim has been to note how little explicit debate about "values" has taken place in these reviews of Medicare and how difficult it is to identify unambiguously the value differences that some of the proposals for change actually reveal. We have elsewhere discussed some of these reports in detail, but that is not our purpose in this report (Okma 2002). On the other hand, we agree with the conclusions of Lewis and Maxwell (2002) that, among the most prominent reform reports, the Mazankowski Commission's proposals constitute a real (if veiled) effort to transform the values on which Medicare operates.

Having used the reform reports as context, we now turn to exploring the core question of the relationship between national values and national health policy. We will do so by first discussing the evidence from other industrial democracies and then by addressing Canadian data more directly.

IV. European Values and Medical Care: Similar Values, Divergent Arrangements

A. Public Attitudes Towards Government's Role in Health Care

Public attitudes towards "government provision" (or financing) of medical care in the European Union show, according to both recent and older research, "surprisingly constant patterns of popularity" (Ardigo 1995 and Coughlin 1980, *cited in* Gevers et al. 2000). On the basis of data from seven European countries and the United States, Ardigo concluded that "citizens considered good medical care 'very important' and its provision an 'essential responsibility' of the government." Coughlin's earlier research had come to the same conclusion. On the surface, then, there are grounds for believing that the "Western European welfare state [can] be regarded as an organized system of solidarity" in the sense of redistribution from the healthy to the sick, from the young to the old, and from the employed to the unemployed (Gevers et al. 2000, 302). This is the standard interpretation of polling data from Western Europe and forms the background to more sophisticated investigations of variation in views and values among the European citizens.

Gevers et al. have produced detailed data on contemporary sentiments[2] in Western Europe towards the provision and financing of medical care. Table 1 shows evidence about the degree of agreement concerning the role of government in *assuring access* to medical care. It clearly reveals general disagreement with the idea that government should play only a minimal role.

Question 1	The government should provide everyone with only essential services such as care for serious diseases and encourage people to provide for themselves in other respects (1 = agree strongly, to 5 = disagree strongly) (Gevers et al. 2000).

Table 1
Distribution Measures for Question 1

Country	Percent disagree completely	Mean	Standard deviation	Skewness
Austria	18.60	3.10	1.27	-0.10
Denmark	41.90	3.71	1.41	-0.70
Finland	23.30	3.28	1.38	-0.22
France	26.60	3.44	1.35	-0.45
Great Britain	44.90	3.98	1.21	-1.03
Greece	29.20	3.60	1.30	-0.67
Ireland	25.00	3.40	1.30	-0.32
Italy	41.90	3.44	1.54	-0.29
Netherlands	39.00	3.54	1.46	-0.44
Portugal	21.30	3.48	1.20	0.44
Spain	35.20	3.82	1.20	-0.84
Sweden	36.80	3.98	1.08	-1.06
West Germany	25.60	3.50	1.26	-0.47

2 We use the terms "sentiments" and "attitudes" as synonyms in this section. Both can be based upon (the more fundamental) values, perhaps in combination with factual understanding and emotional commitment.

But the proportion of those who "disagree completely" varies among the samples and provides some basis for the study's emphasis on a dispersion of values and beliefs among the nations of the European Union. In short, solidarity might generally describe the bedrock of Western European welfare state values, but there are understandably bases for making distinctions among them as well.

This is particularly evident in the findings summarized in Table 2. The variations in respondents' answers to the three articulated views show just how much difference there is between the less extensive welfare states of southern Europe and the more extensive social policy regimes of the rest of the European Union. There is an unmistakable difference in the degree of egalitarian sentiment between the south and the north of Europe, especially between Sweden and Denmark on the one hand and Portugal, Spain, Greece and Italy on the other. (The means do not show this clearly, but Gevers et al. give that interpretation to the standard deviation and skewness measures.)

We could comment more fully on these interpretations, but, for present purposes, this establishes two points central to our paper. First, it does indicate a broad similarity in the central, solidaristic conception of the role of medical care in the Western European welfare state. This general value orientation, however, exists side by side with substantial differences in the detailed administration, policies, and rules of European medical care arrangements. Second, the variation across Europe suggests that more egalitarian (and homogeneous) societies like Sweden and Denmark reveal links between views about equal access to medical care and programmatic

Question 2	Here are three opinions. Please tell me which one comes closest to your own? 1) The government has to ensure that health care is provided to all people residing legally here, irrespective of their income; 2) The government has to ensure that health care is provided only to those people residing legally here, with low income; 3) The government does not have to ensure that health care is provided to people residing legally here, not even those with low income (Gevers et al. 2000).

Table 2
Distribution Measures for Question 2

Country	Percent choosing alternative 1	Mean	Standard deviation	Skewness
Denmark	86.50	2.86	0.38	2.52
West Germany	71.80	2.67	0.57	1.52
Greece	87.20	2.83	0.47	2.85
Italy	71.70	2.68	0.53	1.44
Spain	90.10	2.88	0.40	3.39
France	76.20	2.70	0.58	1.79
Ireland	58.90	2.55	0.58	0.84
Netherlands	77.70	2.75	0.50	1.84
Portugal	72.00	2.66	0.59	1.53
Great Britain	85.90	2.84	0.41	2.60
Finland	79.60	2.79	0.43	1.70
Sweden	94.80	2.94	0.27	4.87
Austria	65.00	2.59	0.61	1.18

arrangements that minimize the role of income in access or financing. The irony, from the standpoint of Canadian discussion, is that both Sweden and Denmark have in recent years experienced greater incremental policy changes than in Canada and have done so without dramatic shifts in values and attitudes, as opposed to fiscal conditions.

All the OECD countries, we have suggested, publicly express basic commitments to universal access to care and relatively equal treatment of similarly ill citizens. Their citizens, as we have noted, embrace such attitudes at a very general level. There is expressed concern that any care given be of high quality, even though there is little basis for believing that paying for care can ensure that care is appropriate. Leaders of these countries also voice concern about patient satisfaction; they call for some degree of choice of provider and typically acknowledge the importance of preserving physician autonomy in professional decisions (OECD 1992, 1994). (The operational definition of what would count as appropriate autonomy, satisfaction, or quality is far from settled, one must add, but the appeals to these values are real.) With public funds the largest single source of funding, cost control is a generally acknowledged goal as well. And, finally, there is implicit or explicit sponsorship in most of the OECD for health promotion and consumer safety. These are presented as worthy – or at least appealing – national policy goals. To what extent do these strikingly similar sets of expressed values result in similar social institutions for the delivery of health care?

B. Funding and Provision of Health Care in the OECD: Institutional Arrangements

The OECD provides a useful way to portray variations in arrangements for funding and contracting health care. In most if not all OECD countries, *public funding* sources (i.e., general taxation, earmarked taxation, social health insurance) are dominant compared to *out-of-pocket* spending or *private health insurance*. As to contracting, the OECD distinguishes three basic models. One is an *integrated system* in which – as is the case in Britain – the government handles both the funding and the provision of health care. The second is a *contracting model*, in which third-party payers negotiate agreements with independent providers. The third is a *reimbursement model*, in which patients pay their health care providers and then seek financial indemnification from their public or private insurers. According to the OECD, the *public contracting model* has been on the rise in recent decades, combining collective funding with independent providers of care.

In the mid-1990s, the OECD summarised the systems in the following way:

Funding and Provision of Health Care in OECD Countries		
Country	Funding sources of health care	Provision of health care
Germany	Mix of public and private insurance	Mix of public and private providers
The Netherlands	Mix of public and private insurance	Mostly private providers
Denmark, Finland, Greece, Iceland, Ireland, Norway, Portugal, Spain and Sweden	Mainly financed out of taxation	Mostly public providers
Australia and New Zealand	Taxation and private health insurance (in Australia)	Mixed public and private providers
Canada	Mainly taxation (and supplemental voluntary private insurance)	Mainly private providers
Switzerland	Mainly voluntary private insurance	Mainly private providers
United States	Mix of private insurance and public schemes (Medicare, Medicaid, and Veterans Administration, Indian Health)	Mainly private providers
Source: OECD 1994.		

What these portraits reveal is that, despite broad support for social solidarity in distributing and financing medical care, the OECD countries differ markedly in organisational features. They reflect a wide variety of legal forms of ownership and management, ranging from private for-profit firms and religious and charitable not-for-profit institutions to local or regional authorities providing community-based care. And some public financing arrangements cater to specific population groups, while others finance access to the entire population. How this developed over time is the subject of many studies. In the following part, we review some of these historical developments in order to show how very similar baseline values have expressed themselves in very different social welfare institutions.

Germany was first to introduce compulsory health insurance for low-income industrial workers in 1883 (Okma 2002). Denmark followed within a decade. Over the course of many decades, other European countries followed these examples. They developed mandatory social insurance schemes covering the risks of disability, sickness, old age and death. Some, including France, Belgium, the Netherlands (as well as Japan and Korea), imported the "Bismarckian" model of employment-related health insurance from Germany. In this model, legally independent and semi-autonomous bodies ("sick funds") administer social health insurance and negotiate contracts with providers of care. Other countries expanded coverage beyond the working class and introduced population-wide schemes funded out of general taxation; this was the example set by the British National Health Service (NHS) in 1948. In a few countries – for example, the United States, Germany and the Netherlands – access to social insurance is limited to specific population groups. In Germany, upper income people can opt out, and a group comprising about 10 percent of the population has actually done so. In the Netherlands, the compulsorily insured constitute 60 percent of the population. The remaining 40 percent has to take out private health insurance. In practice, 99 percent of the Dutch population has health insurance (Okma 1997). The United States has separate schemes for the older and disabled under social insurance principles, categories of low-income Americans under Medicaid, programs for veterans and

those on Native American reservations. In addition to universal Medicare, Canada has special arrangements for veterans and the armed forces, inmates, and First Nation populations. Belgium, France and Japan expanded the sickness fund model to include the entire population. By the late 1990s, the main funding sources for health care in Europe and North America were general (earmarked) taxation and health insurance premiums, both public and private (OECD 1992, 1994).

In the Scandinavian countries, local and regional authorities have primary responsibility for funding and providing health care and related social services to their populations. They bear the financial risk of acute medical and nursing care and have developed extensive social services, which include home care, support for adjusted housing for elderly or handicapped persons, and support for independent living. In the United Kingdom, there is a clear split between the administration of the NHS covering the costs of medical care and the social services provided by local authorities. The Netherlands (in 1988), Germany (in 1992) and Japan (in 1995) introduced separate population-wide social insurance covering the costs of long-term care and home care for their ageing populations. In those three countries, the long-term care insurance serves as a supplement to the existing schemes for acute medical care. The three countries accept a mix of public and private providers in this field, and all three are experimenting with cash benefits allowing consumers to directly contract providers of care instead of services in kind. Policy and institutional variation across the OECD world, then, is undisputable.

C. Styles of Policymaking

The variation extends to styles of policymaking as well. The centralist policy processes of the United Kingdom and France sharply contrast with the functionally decentralized models of Germany, Belgium and the Netherlands (Klein 1995). In the latter three countries, the label of *neo-corporatism* is broadly applicable, a decision-making model where governments and private actors (represented through their interest organizations) share responsibility for the shaping and outcome of social policies (Wilson 1990). This model implies that private actors are willing and able to take on public responsibilities in the form of active participation in the policy process as well as self-regulation. For example, the representative organizations or interest associations of the German and Dutch hospitals and physicians represent their members in regional or countrywide negotiations with the health insurance agencies over tariffs and volume of their services. Medical associations are empowered with public authority to regulate access to the medical profession, to set standards for medical education and for professional conduct, and to police the professional conduct of all medical professionals (members and non-members alike) with rules and sanctions. The main administrative bodies of social health insurance, the sickness funds, are legally independent actors, and their organizations have collective bargaining power to contract health services on behalf of their insured. In some Western European countries, a large share (and in the Netherlands, the largest share) of health facilities has always been under private, non-governmental ownership and management.

The German corporatist model limits the role of the state in social arenas like housing and health care. Moreover, its federal state has shifted much of administrative responsibilities for its social policies to the provinces or *Länder*. In this policymaking model, most if not all organised

interests meet with government in the annual round of consultation, the Concerted Action or *Konzertierte Aktion*, to decide on spending levels and the broad allocation of public funding for health care. After establishing this financial framework, regional representatives of health insurers and providers negotiate contracts with detailed and binding agreements on the volumes and prices of health services.

Germany's neighbour Holland has copied many of the features of this model. Until the 1980s, Netherlands social policy process provided "a striking model of corporatist arrangements," with private agencies empowered with public authority (Freddi 1989). These institutions were not only set up along functional lines, but also based on religious denominations. After mounting criticism of this model in the 1970s and 1980s, successive Dutch governments took steps to reduce, and in some cases, dismantle this model of "*consociational corporatism*" (Baakman, Van der Made and Mur-Veeman 1989; Okma 1997). While Germany and Belgium kept most of their corporatist structures intact, the Netherlands eliminated the direct representation of organised stakeholders in shaping social policies in an effort to streamline and speed up decision-making procedures. By the end of the 1990s, the main interest groups had lost their direct representation in the advisory and administrative bodies in social policies.

In contrast to such decentralised policy models, France and the United Kingdom largely maintained their tradition of central state dominance. Under the French *étatisme*, interest groups have not developed a strong role as participants in social policymaking. The medical associations are fragmented and show little inclination to collaborate with each other or with government. In contrast, the British Medical Association has had a significant (if now diminished) role in health policies. In the 1940s, it accepted the formation of the National Health Service (NHS), effectively nationalising most hospitals, and in the 1990s, the creation of primary care groups (effectively terminating the self-employed status of general practitioners). Yet, British physicians have retained considerable professional autonomy and strong influence in the management of health care institutions (Klein 1995).

In habits of governance, then, developed democracies have developed very different public institutions on the basis of quite similar national values. A tradition of statism will promote values through institutions governed by a central authority. A tradition of neo-corporatism will promote similar values as the outcome of a more-or-less structured bargaining game played among organized stakeholders, of whom only one is the government. On the other hand, decisions about whether values are to be advanced by central authorities or by a contest among individuals or sectors – or primarily by the public or by the private purse – are obviously not neutral. The shape of social institutions – even when promoting very similar values – can nonetheless make particular values easier or harder to maintain or enhance.

D. Interest Bargaining

In addition to the ways in which different habits of governance affect the embodiment of values in public institutions, the play of interests among parties has considerable impact as well. In social policies, governments confront a large number of interested *stakeholders* (Sabatier et al. 1993; Pross 1986; and Alford 1974). There are provincial, regional and local governments

and semi-autonomous governmental agencies; labour unions and private business associations; consumer advocacy groups, public interest groups, and many others. In most industrialised countries, the funding and provision of public services like housing, education and health care are not a governmental matter alone. Governments depend on others to make public systems work. The health policy arena is crowded with many stakeholders and well-organised interests affecting the shaping and outcome of government policies (Okma 1997). Governments have to deal with such competing interests and stakeholders that often have strong veto powers. It is not easy to replace existing arrangements with new ones.

V. Canadian Values and Medical Care Arrangements

In section III of this paper, we noted that nearly all of the recent reports on Medicare support the five basic principles of the *Canada Health Act* (*universality, accessability, comprehensiveness, portability,* and *public administration*). Several polls conducted in the 1980s and 1990s also demonstrated strong public support of those principles, even as general confidence in government has declined. In the late 1980s, one poll reported a more general erosion of the public confidence in the state (Graves 1988). The Graves study concluded that public institutions in the industrialized world were facing a legitimacy crisis. Interestingly, Canadians did not share a categorical, negative judgement of government. But they expressed the wish to strengthen the public institutions. In explaining those results, the survey found evidence that the media played a role in fuelling cynicism about all major public institutions.

Polling data from the 1980s and 1990s showed that Canadian support for the CHA's principles remained quite high (HayGroup 1999; Maioni and Martin 2001; and *Hospital Quarterly* 2000). Though public support for "public administration" fell significantly during the 1990s, a commanding 59 percent continued to regard that principle as "very important," with additional respondents regarding it as "important." Higher percentages rated "universality" (89), "accessibility" (81), "portability" (79) and "comprehensiveness" (80) as "very important." Despite concerns about the future of Medicare, Canadians express high satisfaction with the services they actually received (Picard 2000). (This finding, incidentally, is consistent with that in other industrial democracies.) About one-third of those Canadians polled feel that Medicare needs major reform. But over 44 percent think that minor changes will do.

Some studies, however, emphasized problems, not principled support for Medicare. For example, the HayGroup study found widespread concern about waiting lists, lack of access to medical services and waste, and concluded that "Canadians are ready for reform" (Conference Board of Canada 2001). The Conference Board reported declining confidence in Medicare. It concluded that Canadians believe their health care system has deteriorated even while they still are committed to the principles of the *Canada Health Act* and the values they embody.

In short, there seems to be overwhelming, continuing support, both among policymakers and among Canadians at large, for the baseline values of the Medicare program. At the same time, concern about Medicare is widespread. And, beyond that, the reports we have reviewed draw quite different portraits of what needs to be done. Some, we noted, argue that because of the continuing popular support for Medicare's principles the program requires nothing but marginal adjustments. Others – like those of the Conference Board, the Mazankowski Commission, and the HayGroup – claim there is an urgent need for more fundamental changes in how Medicare operates.

Importantly, the appeal to general principles provides little guidance as to how to frame actual policy options or design concrete programs. For example, the above-mentioned HayGroup study reports widespread support for a national home care and pharmaceutical program but stops short of recommendations for the actual form of such programs. Nor do the reports pay much attention to the conditions that promote change or stability.

Yet even within Canada, as Carolyn Tuohy (1999) has shown, the play of historical contingency with political intrigue has yielded different social institutions and different approaches to health care reform. Quebec, with its French-influenced and comparatively "statist" political culture, is of course a special case. It came early to banning physician over-billing, and to placing global caps on medical billings. In Quebec also, negotiations between the medical profession and the province are more or less permanent and ongoing, marked by a concern for sharing and acting upon expert information. In British Columbia, in contrast, such negotiations are periodic and highly adversarial, marked by the use of confrontational tactics common in collective bargaining. Ontario physicians resisted the *Canada Health Act*'s ban on extra billing even to the point of engaging in a strike during the 1980s; no comparable resistance arose elsewhere at that time. In contrast to British Columbia, Ontario, Alberta and Manitoba, the working relationships between the medical societies and the Atlantic provinces and Saskatchewan have been less formal and substantially less confrontational. In short, cross-province and cross-time evidence from Canada supports the proposition that the link between operational policies and underlying programmatic values is relatively loose, but not without constraints. That latter lesson Canadians learned in the struggle over extra-billing in the prelude to the *Canada Health Act* of 1984. The values expressed by the five operating principles of Medicare – presented in the 1960s and reasserted in the *Canada Health Act* of 1984 – have in large measure arisen from Medicare's performance, not its origins. None of the major studies of the origins of Medicare – whether the hospital insurance program of the late 1950s or the medical insurance program promoted by the Hall Commission – have concluded that the overwhelming support for the egalitarian values of the Medicare program preceded the passage of national health insurance legislation (Taylor 1987). Instead, the story is one of strengthened commitment to these values as Canadians discovered in disputes what was at stake. And, most important for comparative purposes, Medicare is more restrictive than any other OECD country in restricting the role of private payment and private insurance in gaining differential access to care (Marmor, Mashaw and Harvey, 1990).

VI. Conclusion

Data from OECD countries, as well as evidence from Canadian debates about Medicare, support our major claim that national values and program structure and practices in medical care are loosely associated. A substantial variety of institutional forms and policy practices have developed that have appeared consistent with broadly shared social values. Values may serve as the foundation for social programs, we have argued in reviewing the experience of largely Western European democracies, but they do not supply those programs' architecture. Differences in social institutions are reflective not only of fundamentally different ideological positions, but of subtle historical (and contingent) differences in those programs' initial construction, and in the subsequent play of political and social interests.

It is not surprising that calls for Medicare reform arose in the 1990s, at a time of relative economic prosperity, when a long period of health care belt tightening seemed to be coming to an end. It is to the political advantage of every interest group to attempt to secure a larger share of public financial resources by stressing the sacrifices it has made and the fiscal challenges it faces. "Crisis talk" – allegations to the effect that these times are extraordinary, and extraordinarily dangerous – is in fact a quite ordinary tool of interest-group politics. Canadian policymakers have thus far resisted the temptation to allow an unwarranted fear of collapse – or an unwarranted allegation of "abandonment of Canadian values" – to guide their deliberations. By every indication we reviewed, Canadian Medicare stands firm on its foundations of still-shared Canadian national values. The question for Medicare reformers, we suggest, is not whether to abandon or re-think those values. It is, instead, how best to embody those values in 21st century institutions. That question requires, for its answer, a prudent attention to the ground-level political and economic realities of Canada, and a prudent review of the health care managerial and financing arrangements that have been tried, for better or for worse, in other nations. That is not to claim, as we emphasized throughout the report, that Medicare's values are consistent with just any prudential or managerial adjustment. The program's iconic status assures attention to the issue. And there is little doubt that some of the suggestions for "reforming" Medicare are actually threats to its continuation and do express values inconsistent with the values that Medicare's fundamental principles express. Most Canadians do not believe that access to medical care should depend on the size of their bank accounts. That, we say in conclusion, is a fundamental value, and there are some prominent Canadians who do not share it and yet will not explicitly say so. Clarity in this topic is, we suggest, hard to find and to maintain.

Citations

Alford, R. 1974. *Health Care Politics. Ideological and Group Barriers to Reform*. Chicago: The University of Chicago Press.

Ardigo, A. 1995. "Public attitudes and changes in health care systems: a confrontation and a puzzle," in *The Scope of Government*, edited by O. Borre and E. Scarborough. Oxford: Oxford University Press. Pp. 388-409.

Baakman, N., J. Van der Made and I. Mur-Veeman. 1989. "Controlling Dutch Health Care," in *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*, edited by G. Freddi and J. W. Björkman. London: Sage Publications.

Berlin, I. 14 May 1998. "My Intellectual Path," *New York Review of Books*.

CIHI. 2001. *Health Care in Canada 2001. Annual report*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Clair Commission. 2001. *Les solutions émergentes*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Available at http://www.cessss.gouv.qc.ca/pdf/fr/00-109.pdf.

Conference Board of Canada. 2001. *Universality, Quality and Efficiency – Top Values for Health Care*. News release.

Coughlin, R. 1980. *Ideology, Public Opinion, and Welfare Policy: Attitudes Toward Taxes and Spending in Industrialized Societies*. Berkeley: University of California, Institute of International Studies.

Decter, M. et al. 2000. *IRPP Task Force on Health Policy: Recommendations to First Ministers*. Montreal: Institute for Research on Public Policy.

Douglas, M. and A. Wildavsky. 1989. Chapter 10 in *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*, edited by G. Freddi and J. W. Björkman. London: Sage Publications.

Freddi, G. 1989. "Problems of Organisational Rationality in Health Systems: Policy Controls and Policy Options," in *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*, edited by G. Freddi and J. W. Björkman. London: Sage Publications.

Freddi, G. and J. W. Björkman, eds. 1989. *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. London: Sage Publications.

Fyke Commission. 2001. *Caring for Medicare. Sustaining a Quality System*. Regina, April.

Gevers, J. et al. 2000. "Public health care in the balance: exploring popular support for health care systems in the European Union." *International Journal of Social Welfare* 9, 301-321.

Graves, F. 1988. *Canadians and Their Public Institutions*. Ottawa: Ekos Research Associates and Paul Reed, Canadian Centre for Management Development.

HayGroup. 1999. *Public Behaviour, Perceptions and Priorities in the Health Care Sector: An Overview.* Background document for the Health Services Restructuring Commission (Ontario).

Hirschman, A. O. 1992. "The Concept of Interest: From Euphemism to Tautology," in *Rival Views of Market Society.* Cambridge: Harvard University Press.

Hospital Quarterly. 2000. "Canadians and the Canada Health Act: renewed commitment to national principles." Quarterly Index, Fall 2000:80.

Ignatieff, M. 2000. "Does History Matter?," in *Great Questions of Canada*, edited by R. Griffiths. Toronto: Stoddart.

Immergut, E. M. 1992. *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe.* Cambridge Studies in Comparative Politics. New York: Cambridge University Press.

Kirby Committee. 2001. *The Health of Canadians, volume IV*. Background report. Available at http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repintsep01-e.htm.

Klein, R. 1995. *The New Politics of the National Health Service* (3rd edition). Harlow, Essex: Longman.

Lewis, S. and C. Maxwell. "Decoding Mazankowski: A Symphony in Three Movements." *HealthcarePapers*, Vol. 2(4). Toronto: Longwoods. http://www.longwoods.com/hp/2-4Mazanowski (8 May 2002).

Maioni, A. and P. Martin. 2001. *Is the Canadian Health Care Model Politically Viable? Some Evidence from Public Opinion.* Ottawa: Canadian Political Science Association.

Mansfield, H. C. 1995. "Self-Interest Rightly Understood." *Political Theory* 23 (1), 48-66.

Marmor, T. R. 12 February 2002. "Medicare: Suspect Messages," *The Globe and Mail* and *La Presse*.

Marmor, T. R., J. L. Mashaw and P. L. Harvey, eds. 1990. *America's Misunderstood Welfare State. Persisting Myths, Enduring Realities*. New York: BasicBooks.

Mazankowkski Commission. 2001. *A Framework for Reform. Report of the Premier's Advisory Council on health*. Edmonton.

National Forum on Health. 1997. *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Final report. Ottawa: Health Canada Communications.

OECD. 1994. *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Health Reform Studies nr 5. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.

_____. 1992. *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries.* Health Reform Studies nr 2. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.

Okma, K. G. H. 2002. *What Is the Best Public – Private Model for Canadian Health Care?* Montreal: Institute for Research of Public Policy.

_____. 1997. *Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law*. Ph.D. Thesis. Utrecht University.

Ontario Health Services Restructuring Commission. 2000. *1996-2000. Looking Back, Looking Forward. A Legacy Report*. Ottawa: Health Services Research Foundation.

Picard, A. 27 November 2000. "Health Care Not So Bad: Survey," *The Globe and Mail*.

Pross, A. P. 1986. *Group Politics and Public Policy*. Toronto: Oxford University Press.

Rachlis, M. et al. 2001. *Revitalizing Medicare: Shared Problem, Public Solutions*. Vancouver: The Tommy Douglas Research Institute.

Ranade, W., ed. 1998. *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. New York: Longman.

Rawls, J. 1971. *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.

Romanow Commission. 2002. *Shape the Future of Health Care*. Interim Report. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada.

Sabatier, R., P. A. Jenkins-Smith and H. C. Jenkins-Smith, eds. 1993. *Policy Change and Learning*. Boulder: Westview Press.

Schumpeter, J. 1908. "On the Concept of Social Value." *Quarterly Journal of Economics* 23:213-32.

Taylor, M. G. 1987. *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes*. Montreal: McGill-Queen's University Press.

Tuohy, C. H. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*. New York: Oxford University Press.

____. 1993. "Social Policy. Two Worlds of Welfare," in *Governing Canada. Institutions and Public Policy*, edited by M. A. Atkinson. Toronto: Harcourt Brace Canada.

Wilson, G. K. 1990. *Interest Groups*. Oxford: Basil Blackwell.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 5

Quelles sont les implications des valeurs nationales, des institutions et des politiques de santé pour la réforme de l'assurance-santé?

par
Theodore R. Marmor
Université Yale

Kieke G.H. Okma
Université Queen's
Ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports, Pays-Bas

Stephen R. Latham
Université Yale

juillet 2002

N° de catalogue CP32-79/5-2002F-IN

ISBN 0-662-87705-5

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Résumé vi

1. Introduction 1

11. Quelles sont les « valeurs nationales » ? : Les présomptions de l'enquête 2

III. Demandes de réforme de l'assurance-santé canadienne : contexte et convictions 6

IV. Valeurs européennes et soins médicaux : des valeurs similaires, des mécanismes différents 10

A. Attitudes publiques relatives au rôle du gouvernement dans les soins de santé 10

B. Financement et prestation des soins de santé dans les pays de l'OCDE : Mécanismes institutionnels 12

C. Modèles d'élaboration de politiques 14

D. Négociation des intérêts 16

V. Valeurs canadiennes et mécanismes des soins médicaux 17

VI. Conclusion 19

Bibliographie 20

Points saillants

Nous soulignons dans la présente étude la difficulté qu'il y a à décrire les « valeurs nationales » dans des pays dotés d'une population hétérogène. À notre avis, ces valeurs sont générales et entrent en conflit les unes avec les autres. Si les valeurs d'une nation peuvent s'incarner dans de nombreux mécanismes, des valeurs nationales publiquement exprimées peuvent par contre engendrer la solidarité et devenir des guides importants pour l'action. Par ailleurs, certaines politiques sont rejetées d'emblée par les valeurs nationales.

Les cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé* – la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité – sont des valeurs essentielles qui façonnent les « valeurs du régime d'assurance-santé », qui sont, elles, des valeurs fondamentales pour les Canadiens, à savoir le financement public et l'accès égal aux soins de santé, sans considération de la capacité de payer.

Outre les valeurs, nous décrivons brièvement les forces qui déterminent la politique nationale.

Nous présentons une brève vue d'ensemble des récentes propositions de réforme de l'assurance-santé. La plupart de ces propositions adoptent sans réserve les valeurs de l'assurance-santé. Certaines préconisent seulement des changements progressifs et d'autres, des modifications en profondeur, mais la plupart d'entre elles demeurent fidèles aux valeurs fondamentales de l'assurance-santé. Tout en étant censés appuyer les valeurs de l'assurance-santé, un nombre très restreint de rapports proposent néanmoins des changements qui sont à notre avis incompatibles avec les valeurs de ce programme.

Dans la comparaison que nous effectuons avec d'autres pays, nous montrons l'adhésion, très répandue dans les pays de l'OCDE, aux valeurs fondamentales dans la prestation des soins de santé. Cependant, il existe des différences considérables entre les mécanismes institutionnels mis en place par ces pays, notamment des différences au chapitre des soins couverts, des styles caractéristiques de la prise de décision, des profils de négociation des intérêts en jeu. Ces observations confirment qu'un large éventail d'institutions sociales peuvent être compatibles avec le même ensemble de valeurs.

Nous soulignons le soutien généralisé manifesté publiquement par les Canadiens pour les valeurs fondamentales de l'assurance-santé. Le fait qu'un tel soutien coexiste avec des demandes de réforme n'a rien de paradoxal; les modifications au programme ne mettent pas nécessairement en cause les valeurs fondamentales. De fait, différentes provinces ont déjà des expériences différentes au chapitre de l'assurance-santé, mais celles-ci sont toutes conformes aux valeurs fondamentales de ce programme.

Conclusion

L'assurance-santé incarne certaines valeurs canadiennes – des valeurs qui jouissent encore d'un large soutien au sein de la population. Ces valeurs ne constituent pas, sur le plan de la

politique, une « camisole de force ». Des comparaisons avec d'autres pays de l'OCDE montrent que des institutions sociales très différentes peuvent être attachées aux mêmes valeurs fondamentales. Il est donc possible d'effectuer des réformes considérables sans menacer les valeurs nationales. Néanmoins, certaines des réformes proposées constituent une menace pour les valeurs de base : des valeurs qui, sans être le seul déterminant de la politique en matière de santé, écartent certaines options. Dans la plupart des projets de réforme, toutefois, c'est la prudence, plutôt que les principes, qui devrait orienter la prise de décision.

Résumé

Questions soumises

Comment les valeurs canadiennes se reflètent-elles dans la manière que les provinces ont choisie de financer et organiser leurs systèmes de santé ? Comment la structure et le financement des soins de santé dans d'autres pays démocratiques libéraux reflètent-ils les valeurs partagées par les citoyens de ces pays ?

I. Introduction

Le programme d'assurance-santé est souvent considéré comme incarnant quelque chose de distinctif et de supérieur dans les valeurs sociales canadiennes. Nous nous inscrivons en faux contre l'idée de l'existence de tout lien « étroit » entre les particularités concrètes de la politique en matière de santé et les valeurs nationales canadiennes. Nous soutenons par contre qu'il existe un large éventail de réformes qui peuvent être compatibles avec ces dernières. Le choix entre celles-ci doit être dicté par la prudence, plutôt que par des principes. Nous soulignons cependant que les valeurs nationales écartent d'emblée certains choix en matière de politiques.

II. Quelles sont les « valeurs nationales »? : Les présomptions de l'enquête

Les « valeurs » sont des opinions subjectives au sujet de ce qui est méritoire ou important. En ce qui a trait aux politiques, ce sont des opinions sur les buts que les institutions sociales devaient poursuivre et les vertus que ces dernières devraient incarner. Les vertus sont générales; elles ne dictent pas de préférences pour des structures institutionnelles particulières, à quelque niveau de détail que ce soit. Les valeurs se concurrencent également entre elles. De nombreux mécanismes institutionnels peuvent donc incarner les mêmes vertus, mais leur accorder une importance différente. Les valeurs peuvent toutefois jouer un rôle important dans la création d'une communauté politique et dans l'orientation des initiatives de cette dernière. Les valeurs ne sont pas une camisole de force sur le plan de la politique, mais elles écartent d'emblée certains choix. Dans le contexte du débat sur l'assurance-santé, Michael Ignatieff a bien expliqué ce que sont les valeurs nationales fondamentales du Canada : « Nous, les Canadiens, a-t-il affirmé, nous estimons que les soins de santé devraient être financés par l'impôt et que la bonne qualité des soins de santé ne devrait pas dépendre de l'ampleur de notre compte de banque. » Les cinq critères mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé* – la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité – sont des valeurs essentielles qui façonnent les valeurs publiques fondamentales et égalitaires de l'assurance-santé. Ces valeurs jouissent d'un soutien généralisé, même parmi les critiques qui tiennent le plus à la réforme de l'assurance-santé. Nous faisons remarquer qu'il faut distinguer les valeurs d'un certain nombre d'autres forces qui influencent les institutions publiques, notamment l'opinion publique, les systèmes d'élaboration de politiques des gouvernements et diverses caractéristiques, traditionnellement floues, des institutions elles-mêmes.

III. Demandes de réforme de l'assurance-santé canadienne

Bien que l'on ait beaucoup parlé de « crise » au sujet de l'assurance-santé, peu de propositions de réforme, s'il en est, préconisent une transformation radicale. Des récents rapports réclamant une réforme de l'assurance-santé, certains réaffirment ses valeurs fondamentales, tout en ne recommandant que des modifications mineures. La plupart proposent des réformes compatibles avec les valeurs fondamentales de l'assurance-santé, mais soulèvent d'importantes questions au sujet de la valeur pratique, de l'acceptabilité sur le plan politique, ou de la faisabilité, en matière de gestion, de différents aspects du programme. À l'extrême, on trouve quelques propositions de changement qui, en dépit de la fidélité exprimée à l'endroit des valeurs de l'assurance-santé, sont incompatibles avec les valeurs égalitaires qu'incarne présentement le programme. À notre avis, le rapport Mazankowski est un exemple des documents de ce type. Le fait qu'un si petit nombre de propositions de réforme mettent en cause les valeurs fondamentales de l'assurance-santé nous indique clairement que cette dernière est un véritable symbole, de sorte qu'il est difficile de contester directement les valeurs sur lesquelles elle repose. Et on comprend clairement pourquoi les médias – ainsi que les défenseurs de l'assurance-santé – sont toujours à l'affût d'indices de situations susceptibles de mettre en péril ce programme apprécié par de larges couches de la société.

IV. Valeurs européennes et soins de santé : des valeurs similaires, des mécanismes différents

S'il y a lieu de faire certaines distinctions importantes entre les pays, les données disponibles montrent que les citoyens de la plupart des pays membres de l'OCDE considèrent qu'il est très important de dispenser de bons soins de santé à la population et qu'il s'agit là d'une responsabilité officielle des pouvoirs publics. Toutefois, on observe, à côté de ce point de vue commun, des différences considérables dans la gestion, les politiques et les règles des régimes européens de soins médicaux. Un bref examen de l'historique de ces régimes révèle que ces contrastes s'expliquent par des facteurs autres que les différences au chapitre des valeurs, par exemple des styles très différents en matière d'élaboration de politiques et le jeu différent des intérêts entre les intervenants dans les différents pays. Les démocraties avancées ont mis au point des institutions publiques très différentes sur la base de valeurs nationales assez similaires.

V. Valeurs canadiennes et mécanismes des soins médicaux

Les données des sondages font ressortir un soutien continuel très marqué du public pour les principes exposés dans la *Loi canadienne sur la santé.* En dépit des préoccupations relatives à l'avenir de l'assurance-santé, les Canadiens expriment une grande satisfaction au sujet des services qu'ils reçoivent actuellement. Il existe en même temps des préoccupations généralisées. Au Canada, comme dans les pays de l'OCDE, nous observons que les mêmes valeurs sociales peuvent être servies par des institutions différentes; les différences entre les expériences des provinces canadiennes en matière de soins de santé le prouvent autant. Le lien entre les politiques opérationnelles et les valeurs fondamentales est par conséquent relativement flou. Mais il y a aussi des signes indiquant que l'attachement de la population aux valeurs de

l'assurance-santé s'est renforcé depuis la création du programme et que ces valeurs ont joué un rôle de premier plan dans l'évolution du programme. La preuve en a été faite dans la bataille sur la surfacturation et c'est encore le cas aujourd'hui avec les règles énergiques adoptées par le Canada pour restreindre le financement privé dans l'octroi d'un accès différentiel aux soins de santé.

VI. Conclusion

Les données provenant des pays de l'OCDE et les observations faites au Canada soutiennent notre affirmation selon laquelle le lien existant entre les valeurs nationales et la structure du programme des soins de santé est ténu. Des mécanismes institutionnels d'une grande variété ont été mis en place et ils sont tous conformes à des valeurs sociales largement partagées dans la population. Les différences entre les institutions ne reflètent pas des prises de position idéologiques, mais des différences historiques subtiles dans la construction initiale de ces institutions et dans le jeu subséquent des intérêts politiques et sociaux. L'assurance-santé reste solidement installée sur les fondations que sont les valeurs nationales canadiennes encore largement partagées dans la population. La question pour ceux qui préconisent une réforme de l'assurance-santé consiste simplement à trouver le meilleur moyen d'intégrer ces valeurs aux institutions du XXI^{e} siècle. Pour y répondre, il faut accorder une attention prudente aux réalités politiques et économiques et effectuer un examen tout aussi prudent des mécanismes de gestion et de financement mis à l'essai ailleurs. Mais les valeurs de l'assurance-santé ne sont pas compatibles avec une simple forme d'ajustement à des normes prudentielles ou de gestion. La plupart des Canadiens ne pensent pas que l'accès aux soins médicaux devrait dépendre de l'ampleur de leur compte de banque. Il s'agit là d'une valeur fondamentale. Et certaines des propositions de réforme de l'assurance-santé contestent cette valeur et constituent donc des menaces pour la préservation de l'assurance-santé dans sa forme actuelle.

I. Introduction

On affirme souvent que le programme d'assurance-santé est spécial pour les Canadiens parce qu'il incarne quelque chose de distinct et de supérieur au sujet des valeurs sociales canadiennes. Pour certains Canadiens, il s'ensuit que tout effort pour modifier sensiblement l'assurance-santé constitue une attaque contre les valeurs canadiennes et doit être écarté. Par contre, d'autres ont prétendu que les valeurs canadiennes ont subi des changements considérables et que cela pourrait justifier (ou excuser) des modifications et des changements au programme.

Dans le présent rapport, nous désignons ces positions par les expressions « position antimodification » et « position promodification ». Ces deux positions reposent sur l'hypothèse d'un lien assez étroit entre ce que nous appelons les « valeurs canadiennes nationales » et les « caractéristiques structurelles particulières de l'assurance-santé ». À la lumière du débat qui se poursuit maintenant, la Commission Romanow nous a demandé d'examiner le rôle des « valeurs nationales » dans le façonnement (ou le refaçonnement) du programme assurance-santé au Canada et, plus généralement, dans le monde des démocraties avancées.

La section II commence par un commentaire méthodologique sur ce que sont et que peuvent logiquement signifier les recours aux « valeurs nationales ». Elle aborde ensuite les préoccupations théoriques générales relatives à la manière dont de telles valeurs peuvent être intégrées aux institutions de différentes démocraties occidentales. La section III débute par un survol du grand nombre de rapports qui ont préconisé ces derniers temps une réforme du régime canadien de soins de santé. Après de brefs commentaires sur la pertinence que présentent pour la présente commission d'enquête les présomptions exprimées dans ces rapports au sujet des valeurs, nous abordons à la section IV le principal sujet de notre étude. Cette partie contient des données comparatives illustrant la faiblesse des liens existant réellement entre tout ce que l'on peut appeler logiquement des « valeurs nationales » et les formes concrètes des institutions sociales. À notre avis, à côté des « valeurs », de nombreuses variables contribuent à façonner et à refaçonner des institutions particulières de la politique sociale. Inversement, nous prétendons qu'on peut raisonnablement dire que de nombreuses institutions sociales façonnées de façon assez différente peuvent incarner le même ensemble de valeurs. À la section V, nous revenons à l'examen de l'assurance-santé au Canada et nous soutenons qu'un éventail de modifications possibles pourrait être parfaitement compatible avec les valeurs sociales canadiennes – et, par conséquent, ne pas constituer une grave menace pour elles. Pour opérer un choix entre ces options, il faut user d'une grande prudence, accorder une grande attention aux réalités politiques des intérêts antagonistes et aux réalités pratiques de la gestion des ressources et de l'information, qui sont au moins aussi importantes que les valeurs que la prudence vise à promouvoir. Il est nécessaire qu'une institution vouée au bien-être collectif reflète les valeurs appropriées, mais cela ne constitue pas un motif suffisant pour que son choix soit considéré comme une mesure de sagesse. La section VI contient la conclusion.

II. Quelles sont les « valeurs nationales » ? : Les présomptions de l'enquête

« La science sociale entretient depuis longtemps de sérieux doutes sur la notion de "valeurs nationales" » (Schumpeter, 1908). Après tout, les valeurs sont détenues par des personnes physiques, non pas par des personnes morales qui n'ont ni un esprit ni des désirs. C'est vrai que nous pouvons parler de façon peu rigoureuse des « valeurs de la *common law* » ou des « valeurs de l'Église catholique ». En utilisant de telles expressions, nous voulons faire référence à des doctrines fondamentales qui émergent des écrits ou des croyances des élites à l'intérieur d'une certaine tradition. Mais en général, le terme « valeurs » désigne des points de vue subjectifs au sujet de ce qui est précieux ou important. En politique, il existe des points de vue sur les fins que les institutions sociales doivent promouvoir et sur les vertus qu'elles doivent incarner.

Les valeurs d'un pays sont *générales*; elles n'établissent pas de préférence pour des structures institutionnelles particulières, à quelque niveau de détail que ce soit (Rawls, 1971). Ainsi par exemple, le respect de la vie privée dans les soins de santé n'amène pas un pays à endosser un ensemble particulier de règles détaillées sur la vie privée [celles contenues aux États-Unis dans les nouveaux règlements d'application de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)]. Cette considération conduit seulement à préférer des mécanismes institutionnels qui protègent la vie privée à ceux qui ne le font pas, et des mécanismes qui protègent davantage la vie privée à ceux qui la protègent moins. Les valeurs d'un pays *entrent également en concurrence les unes avec les autres* (Berlin, 1998). Il se peut par exemple qu'il faille sacrifier l'efficience pour favoriser un régime de gestion participatif ou *vice versa*. Un engagement marqué pour l'égalité peut conduire à une certaine limitation de la liberté. Des mécanismes institutionnels multiples peuvent ainsi avoir de bonnes raisons de particulariser les valeurs d'un pays en en établissant la prééminence de différentes manières. La précision dans les affirmations relatives aux « valeurs nationales » est donc doublement dangereuse : ces affirmations ne sont pas nécessairement une somme des valeurs – déjà générales et déjà potentiellement antagonistes – entretenues par une large population d'individus différents.

Ces remarques empreintes de prudence ne devraient toutefois pas occulter pour nous le rôle important que les valeurs peuvent jouer dans la création d'une communauté politique et dans l'orientation de ses actions. Les déclarations sur les valeurs peuvent inspirer, unifier et même « constituer » un peuple. Pensez à la Déclaration d'indépendance et à la Charte des droits aux États-Unis ou à la *Magna Carta* en Grande-Bretagne. Et les déclarations publiques des valeurs partagées – même si ces valeurs ne finissent par être partagées qu'après avoir fait l'objet d'une déclaration publique – peuvent être d'importants guides pour l'action. Après tout, le fait que les valeurs soient générales et puissent se concurrencer les unes les autres ne leur enlève pas tout intérêt. Sans être une camisole de force pour les politiques, les valeurs écartent manifestement certains choix.

Dans le contexte du débat sur l'assurance-santé, les valeurs nationales fondamentales du Canada ont été bien exprimées par Michael Ignatieff : « Nous, les Canadiens, a-t-il affirmé, nous estimons que les soins de santé devraient être financés par l'impôt et que la bonne qualité des soins de santé ne devrait pas dépendre de l'ampleur de notre compte de banque » (Ignatieff,

2000). Les cinq critères mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé* – la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité – sont en soi des valeurs, plus étroites peut-être, et plus « importantes » qui donnent corps aux valeurs publiques générales, mais fondamentales et égalitaires exprimées par Ignatieff. Depuis leur articulation dans le Rapport de la Commission Hall de 1964 et la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, les cinq critères ont gagné un soutien public général. (Ce n'est pas une coïncidence si les auteurs des divers rapports rédigés durant la période contemporaine et qui préconisent une réforme de l'assurance-santé se sentent obligés de faire état de la conformité des réformes qu'ils proposent aux cinq critères énoncés dans la Loi.) Nous estimons que ces cinq valeurs, du fait qu'elles sont générales et peuvent faire l'objet d'arbitrages entre elles, peuvent bénéficier de la mise en œuvre d'un certain nombre de mécanismes institutionnels différents. Mais nous prétendons également que ces valeurs écartent manifestement certaines propositions de réforme.

Toutefois, avant d'essayer de fournir des preuves à l'appui de cette affirmation, nous croyons nécessaire d'établir une distinction entre les valeurs et un certain nombre d'autres forces importantes qui façonnent les institutions publiques. Au sommet de la liste de ces forces figurent les *intérêts*. Les intérêts sont des situations ou des plans d'action que les gens sont déterminés à réaliser sous la puissante impulsion d'une ambition démesurée – y compris la condition préalable de cette ambition, la conservation de soi (Mansfield, 1995, et Hirschman, 1992). Les gens ont de multiples intérêts. Ceux-ci sont calculables, prévisibles, objectifs et – tout comme les valeurs – peuvent faire l'objet d'arbitrages entre eux (Mansfield, 1995). Les mécanismes institutionnels qui ont été créés pour assurer la promotion des valeurs partagées peuvent survivre parce qu'ils favorisent des intérêts puissants. Et les institutions à l'origine desquelles ont trouve des considérations d'intérêt personnel peuvent bien incarner des valeurs ou servir à les implanter dans la société au fil des ans (Immergut, 1992).

L'opinion publique peut, elle aussi, façonner les institutions[1]. Les opinions sont des vues, d'ordre prudentiel ou éthique, concernant des situations ou des plans d'action. Elles sont manifestement plus susceptibles de se modifier à court terme que les valeurs (qui, en raison de leur nature générale, sont moins sujettes à se modifier à la lumière de modifications factuelles à court terme) ou des intérêts (que l'on peut en principe déterminer objectivement). Des opinions générales fondées sur des valeurs (« l'accès aux soins de santé devrait être universel ») semblent plus « résistantes » que les opinions relatives à des situations particulières (« l'assurance-santé fonctionne bien ») (Maioni et Martin, 2001).

Les institutions sociales sont, dans une certaine mesure, le reflet des systèmes de gouvernement et des systèmes d'élaboration des politiques qui reposent sur la connaissance des valeurs de la société. Ainsi, les gouvernements centralisateurs sont plus enclins à créer des institutions de bien-être social centralisées; les gouvernements corporatistes vont plus fréquemment créer des organismes dotés de la personnalité morale et dont les négociations détermineront les moyens particuliers par lesquels ils mettront en œuvre les valeurs sociales. Voilà une des voies par lesquelles les valeurs de la société, en influençant les styles d'élaboration des politiques, peuvent influencer l'opinion publique. Ainsi, par exemple, Douglas et Wildavsky

[1] De même, les institutions peuvent façonner les opinions (Immergut, 1992).

(1989) établissent trois styles d'élaboration de politique nettement distincts : *l'individualisme axé sur la concurrence, le collectivisme hiérarchique* et *le confessionnalisme.*

Selon cette théorie, les démocraties d'Europe du Nord ont de fortes traditions de collectivisme hiérarchique, accordent un soutien modéré aux normes individualistes et sont peu disposées à appliquer des modes confessionnels de promotion des politiques (Okma, 2002). À l'inverse, les États-Unis manifestent un attrait plus faible pour le collectivisme et une prédisposition active pour la mobilisation politique partisane. Selon les études sur la mise en commun des ressources, l'efficience du marché et la liberté individuelle sont les considérations qui président aux valeurs américaines. Mais, comme Douglas et Wildavsky le reconnaissent, c'est une erreur de faire l'hypothèse d'un lien très étroit entre les modes d'élaboration des politiques basés sur une connaissance des valeurs et la politique effectivement appliquée. Même les États-Unis sont parvenus, avec les valeurs individualistes et axées sur la concurrence qui semblent jouer un rôle dominant dans l'élaboration de leurs politiques, à instituer l'assurance-santé (Medicare), l'assurance médicale (Medicaid), le programme de soins de santé aux Anciens combattants et le régime de soins de santé aux Autochtones; à adopter une législation instituant des soins médicaux d'urgence sans égard à la capacité de payer des patients; à accorder des incitatifs fiscaux à l'achat d'assurances privées; à octroyer des incitatifs fiscaux pour les soins dispensés par des organismes privés de bienfaisance; et à construire, à même les deniers publics, des hôpitaux qui dispensent des soins gratuitement ou à des tarifs réduits. Il est impossible d'expliquer la manière dont ce pays a mis sur pied cet ensemble d'institutions et de programmes de santé si l'on part de la seule prémisse d'un système d'élaboration des politiques axé sur l'« individualisme concurrentiel ». Et cela reste impossible même si l'on accepte la caractérisation des valeurs américaines. En résumé, les particularités concrètes de la politique en matière de santé ne sont pas étroitement liées même au style d'élaboration des politiques qui reflète les orientations dominantes sur le plan des valeurs.

Enfin, une fois créées, les institutions sociales et politiques mènent une vie autonome (Tuohy, 1999). Par exemple, le fait historiquement accidentel que la Grande-Bretagne ait créé son système national d'assurance-santé immédiatement après la Seconde Guerre mondiale laissait présager une organisation centralisée, et cela a déterminé dans une large mesure une grande partie du développement subséquent de ce système (Klein, 1995). Aux États-Unis, le développement des marchés privés d'assurance-santé durant l'après-guerre (stimulés en partie par les avantages fiscaux accordés aux employeurs) a fait qu'il était très difficile pour le gouvernement de jouer un rôle central dans la prestation et le financement des soins de santé, comme cela s'est produit dans d'autres pays développés. Le modèle constitutionnel dans le cadre duquel s'intègre le système canadien des soins de santé exigeait des négociations entre le gouvernement fédéral et les provinces. Dans ce cas aussi, il y a eu, dès le début, des négociations régulières avec les associations médicales. Ces particularités ont conditionné l'élaboration de la politique canadienne et favorisé les transformations qu'a connues l'assurance-santé dans une large mesure en raison de ces processus institutionnels et des règles du « jeu » canadien (Tuohy, 1999).

Dans la prochaine section, nous examinons brièvement l'éventail des propositions de réforme qui ont marqué la scène politique canadienne au cours des dernières années. Notre objectif ne consiste pas à évaluer un seul de ces rapports; cela a été fait ailleurs à la fois par nous et par

d'autres. Nous entendons plutôt délimiter le contexte canadien en vue d'entreprendre une discussion plus concrète des valeurs nationales et de la politique de santé. Dans la section IV, nous considérons quelques observations concrètes au sujet de la question de savoir si, et dans quelle mesure, différents pays peuvent, à partir de contributions similaires des valeurs, établir des institutions nationales de bien-être collectif assez différentes. Nous espérons montrer que plusieurs des valeurs structurelles fondamentales qu'on trouve dans des mécanismes nationaux de soins de santé sont le produit, non pas de différences fondamentales entre les valeurs sociales, mais de différences dans la superstructure politique, de compromis différents entre des intérêts antagonistes et de la « logique accidentelle » toujours floue des institutions sociales établies. Cette analyse apportera des preuves à l'appui de la première partie de notre affirmation centrale, à savoir que les valeurs nationales ne sont pas une camisole de force pour la politique. Dans la section V, nous développons la deuxième caractéristique de notre affirmation centrale, à savoir que les valeurs canadiennes contemporaines n'exigent pas une modification en profondeur de l'assurance-santé, de même que la plupart des réformes proposées ne doivent pas être justifiées par une modification de ces valeurs.

III. Demandes de réforme de l'assurance-santé canadienne : contexte et convictions

Nous commençons par décrire très brièvement quelques aspects de l'histoire récente du programme canadien d'assurance-santé afin de placer dans leur contexte les pressions actuelles qui s'exercent en faveur (et à l'encontre) d'une réforme en profondeur. Nous décrivons ensuite le spectre des idéologies et des valeurs dans lequel on peut placer les projets actuels de réforme. Notre objectif ici n'est pas d'évaluer la validité de l'un quelconque de ces rapports. Il consiste plutôt à bien montrer la nécessité d'indiquer clairement quand les valeurs sont ou non en jeu dans les discussions relatives à la « réforme » de l'assurance-santé.

Nous ne pensons pas que l'assurance-santé du Canada traverse actuellement une « période de crise », mais il est important de comprendre pourquoi l'idée des réformes est présentée de manière si alarmiste et pourquoi un si grand nombre de Canadiens pensent que les valeurs incarnées par l'assurance-santé sont en danger. Les dépenses publiques consacrées aux soins de santé au Canada, comme dans la plupart des démocraties industrielles, ont subi de fortes pressions au cours des dernières années. La stagnation économique, les hauts niveaux de chômage et l'augmentation rapide des déficits budgétaires dans les années 70 et 80 ont alimenté des débats sur la viabilité de l'État providence partout dans le monde (OCDE, 1992, 1994). Dans tous les pays industriels d'Occident, les politiciens et commentateurs ont soulevé des questions au sujet du rôle que devraient jouer l'État et le marché privé pour offrir et garantir le bien-être à ses citoyens. Dans le cadre des efforts déployés pour contenir les dépenses publiques, le Canada a procédé à un gel des transferts fédéraux, qui a causé à la longue un déplacement considérable du financement, qui est ainsi passé du fédéral aux provinces et aux territoires. Au cours des dernières années, avec l'arrivée de temps sensiblement meilleurs au point de vue économique, les participants à chacun des niveaux du programme d'assurance-santé ont abondamment parlé des pertes subies durant la longue période de resserrement de la politique budgétaire. Les journaux canadiens étaient remplis d'anecdotes épouvantables et de commentaires sur une « crise » de l'assurance-santé (Marmor, 2002). Dans tout ce qui a été dit sur cette crise, on ne trouve guère, s'il en est, de propositions de réforme demandant explicitement une transformation radicale de l'assurance-santé en raison d'un rejet clair des valeurs qu'elle incarne. De fait, le débat canadien n'a guère donné lieu jusqu'ici à une discussion explicite des solutions de remplacement radicales au modèle de financement fondamental de l'assurance-santé. Cela contraste avec les débats qu'on a connus au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, par exemple, où on a étudié en profondeur (mais pas choisi) des options fondamentales de financement.

Des propositions de réforme ont néanmoins reçu une attention énorme au Canada. Elles vont de l'imposition de budgets prospectifs aux fournisseurs de soins à la radiation de certains services de la liste des soins couverts par le régime public d'assurance-santé. Certaines provinces préconisent l'institution du financement privé et beaucoup font état d'une meilleure gestion (Okma, 2002). Le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ISIS) pour 2001 conclut avec justesse que les participants aux débats sur la réforme préconisent en fait une réforme à générations imbriquées. Comme dans d'autres pays de l'OCDE, un grand nombre de ces propositions se sont déjà heurtées à une vive résistance de la part de diverses couches de l'électorat, et les idées de réforme ont engendré des contre-propositions. Par exemple, certaines

propositions visent à déléguer l'autorité et à décentraliser davantage le régime de gestion des institutions médicales. Par ailleurs, certaines demandes visent à centraliser davantage et à confier au gouvernement un contrôle plus rigoureux du système – par exemple, dans le suivi des résultats ou la communication d'informations sur les services de santé au grand public. Mais, comme c'est le cas dans d'autres pays de l'OCDE et en dépit des nombreuses discussions menées sur le sujet, le modèle fondamental de financement public et de prestation privée de soins de santé n'a pas été, semble-t-il, explicitement contesté (Ranade, 1998; Tuohy, 1999).

Est-ce que l'une quelconque de ces propositions constitue une menace pour les valeurs nationales canadiennes ? Est-ce que l'adoption d'une seule d'entre elles est subordonnée à une modification des valeurs fondamentales des Canadiens ? Les différentes propositions de réforme reflètent-elles fondamentalement des valeurs différentes au sujet de la prestation sociale de soins de santé aux malades ou aux blessés, ou sont-elles simplement le produit d'opinions divergentes sur la gestion et le régime de gestion des soins de santé dans un système de valeurs partagées ? Telles sont les questions que nous abordons dans les pages suivantes.

Notre approche ne consiste pas à résumer les rapports. Elle consiste plutôt à les placer dans un spectre de valeurs en fonction des buts de notre recherche. Notre présomption est celle-ci : ces rapports peuvent accepter les valeurs que l'assurance-santé exprime, mais ils proposent au moins trois types de réforme. Une première catégorie réaffirme ces valeurs et recommande des améliorations progressives, comme le fait le rapport du Tommy Douglas Institute de février 2001 (Rachlis et coll., 2001). À l'autre extrémité du spectre, on trouve les rapports proposant des modifications à l'assurance-santé qui, en dépit de l'attachement exprimé par les auteurs à l'endroit des valeurs de l'assurance-santé, sont en fait incompatibles avec les valeurs égalitaires que le programme incarne à l'heure actuelle. Un exemple à notre avis est le rapport Mazankowski de décembre 2001 (Commission Mazankowski, 2001).

Entre ces deux extrémités du spectre se trouvent un grand nombre de rapports dont les propositions de réforme sont compatibles avec les valeurs fondamentales de l'assurance-santé, mais qui soulèvent différents problèmes de valeur pratique, d'acceptabilité politique et de faisabilité. Ces documents vont du rapport présenté en 1999 par le Forum national sur la santé aux commentaires publiés en 2000 par l'Institut de recherche en politiques publiques (Forum national sur la santé,1997; Decter et coll., 2000). La Commission Clair au Québec, par exemple, a recommandé un grand nombre de modifications sur le plan des politiques et de la gestion, mais aucune d'entre elles ne comportait une modification aux valeurs canadiennes ou québécoises (Commission Clair, 2001). En Ontario, une commission de restructuration a eu bien du mal à mettre en œuvre des réformes poussées dans la structure des hôpitaux de la province et la prestation de soins médicaux. Mais, comme au Québec, cette commission a fait siennes les valeurs-prémisses de l'assurance-santé, tout en préconisant des réformes des politiques (Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, 2000).

La Saskatchewan Commission on Medicare a proposé une réorganisation en profondeur des services hospitaliers et médicaux de la province (Commission Fyke, 2001). Toutefois, comme la plupart des autres rapports que nous avons examinés, ces recommandations ne reposaient ni sur l'idée que les valeurs canadiennes avaient considérablement changé ni sur la nécessité de changer ces valeurs pour appuyer la réforme.

Les deux commissions fédérales qui étudient présentement l'assurance-santé ont toutes deux une grande portée et sont l'objet d'un intérêt considérable de la part des médias et du public. En 2000, la commission présidée par le sénateur Kirby a commencé son propre examen des soins de santé d'une durée de deux ans. Son rapport intérimaire, qui a été publié en septembre 2001, est une sorte de catalogue des diverses propositions de réforme (Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la Science et de la Technologie, 2001). Il ne préconise pas une modification en profondeur de l'assurance-santé, mais donne à penser que l'élément « gestion publique » devait être repensé et faire l'objet de modifications à la petite semaine.

Au début de 2001, la Commission Romanow a commencé à examiner l'état des soins de santé au Canada, y compris les aspects positifs et négatifs du système actuel. Cette commission, qui a un mandat considérable, a mené des recherches poussées et de longues consultations et a suscité un intérêt considérable dans les médias. Son rapport d'étape de février 2002 a donné lieu à un large débat, ce qui donne une idée de la place qu'occupe l'assurance-santé dans la vie des Canadiens (Commission Romanow, 2002).

En dépit de la rhétorique de crise utilisée dans ce débat et de l'attrait exercé par la nécessité des réformes, un nombre très limité de propositions de réforme canadiennes contestent les valeurs fondamentales du régime. Cela en soi est une indication intéressante et importante de la place qu'occupe l'assurance-santé au Canada. Le programme est plus qu'un véhicule de financement de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance médicale. Il est surtout perçu comme un symbole. Cela explique la réticence, bien compréhensible, sur le plan politique, à attaquer directement les prémisses du programme. Par contre, le caractère de symbole de l'assurance-santé explique à la perfection pourquoi les médias – et les partisans de l'assurance-santé – sont toujours à l'affût d'indices de menaces à ce programme apprécié par de larges couches de la population.

Aucune de ces prises de position ne signifie toutefois que *toutes* les propositions de réforme sont compatibles avec les valeurs de l'assurance-santé, sujet sur lequel nous reviendrons. Il est vrai, à notre avis, que la plupart des documents qui préconisent une intégration accrue et une meilleure coordination des services, un plus grand contrôle des coûts, etc., sont des efforts visant à améliorer la gestion de l'assurance-santé et à en contrôler raisonnablement les dépenses. La plupart des propositions ne constituent pas une menace pour les valeurs canadiennes, et leur adoption ne serait pas subordonnée à une modification des valeurs que les Canadiens entretiennent à l'égard des soins de santé. En résumé, la plupart reflètent des vues différentes au sujet de la gestion et de la gouvernance, pas des valeurs fondamentalement différentes au sujet de la prestation sociale de soins de santé aux malades et aux blessés. Certains analystes ont examiné en profondeur les aspects positifs de ces rapports. Dans le présent document, nous avons tenté de montrer qu'il n'y a guère eu de discussions explicites sur les « valeurs » dans ces examens de l'assurance-santé et à quel point il est difficile d'identifier sans ambiguïté les divergences, sur le plan des valeurs, que certaines des propositions de changements révèlent en réalité. Nous avons examiné en profondeur dans une autre publication certains de ces rapports, mais le but de l'étude actuelle est tout autre (Okma, 2002). Par contre, nous partageons les conclusions de Lewis et Maxwell (2002), à savoir que les propositions de la Commission Mazankowski constituent,

parmi les rapports les plus connus sur la réforme, un effort réel (peut-être caché) de transformation des valeurs sur lesquelles repose le fonctionnement de l'assurance-santé.

Maintenant que nous avons exposé les rapports sur la réforme de l'assurance-santé pour placer notre sujet dans son contexte, nous allons examiner la question fondamentale de la relation entre les valeurs nationales et la politique en matière de santé. Pour cela, nous commencerons par analyser les données provenant d'autres démocraties industrielles, puis nous aborderons plus directement les données canadiennes.

IV. Valeurs européennes et soins médicaux : des valeurs similaires, des mécanismes différents

A. Attitudes publiques relatives au rôle du gouvernement dans les soins de santé

Les attitudes du public envers la prestation (ou le financement) de soins de santé par les gouvernements au sein de l'Union européenne indiquent, selon des recherches récentes et plus anciennes, des profils étonnamment constants de popularité (Ardigo, 1995, et Coughlin, 1980, cités dans Gevers et coll., 2000). Sur la base des données de sept pays d'Europe et des États-Unis, Ardigo conclut que les citoyens considèrent de bons soins médicaux comme très importants et que la prestation de ces soins est une responsabilité essentielle de l'État. Dans une étude précédente, Coughlin était parvenu à la même conclusion. En apparence donc, il y aurait de bonnes raisons de croire que l'État providence en Europe de l'Ouest peut être considéré comme un système organisé de solidarité, au sens d'un système de redistribution entre les citoyens en bonne santé et les malades, entre les jeunes et les personnes âgées et entre ceux qui ont un emploi et ceux qui n'en ont pas (Gevers et coll., 2000, p. 302). Telle est l'interprétation normale des données des enquêtes menées dans les pays d'Europe de l'Ouest et la base de recherches plus complexes sur les différences en matière de vues et de valeurs observées parmi les citoyens d'Europe.

Gevers et ses collaborateurs ont produit des données détaillées sur les sentiments qui ont actuellement cours en Europe de l'Ouest au sujet de la prestation et du financement des soins médicaux[2]. Le tableau 1 présente les données relatives au degré d'assentiment au rôle que joue le gouvernement pour *assurer l'accès* aux soins médicaux. Il révèle clairement un désaccord général avec l'idée que le gouvernement ne devrait jouer qu'un rôle minime. Toutefois, la proportion de ceux qui désapprouvent complètement cette idée varie selon les échantillons et justifie dans une certaine mesure l'accent que met l'étude sur la dispersion des valeurs et des croyances entre les nations de l'Union européenne. En résumé, on peut généralement décrire la solidarité comme l'assise des valeurs de l'État providence en Europe de l'Ouest, mais il existe aussi des raisons compréhensibles d'effectuer des distinctions entre ces valeurs.

Ces différences sont particulièrement évidentes quand on analyse les conclusions résumées au tableau 2 ci-après. Les différences entre les réponses données aux trois points de vue clairement exprimés illustrent l'ampleur des divergences qui existent entre les États providence moins avancés d'Europe du Sud et les régimes de politique sociale plus poussés appliqués dans les autres pays de l'Union européenne. Il existe une différence indubitable au niveau du sentiment égalitaire entre le Sud et le Nord de l'Europe, notamment entre, d'une part, la Suède et le Danemark et, d'autre part, le Portugal, l'Espagne, la Grèce et l'Italie. (Les moyennes ne le montrent pas clairement, mais c'est ainsi que Gevers et ses collaborateurs interprètent l'écart type et les mesures d'asymétrie des données.)

---

[2] Dans cette section, nous utilisons les termes « sentiments » et « attitudes » comme synonymes. Les deux peuvent reposer sur les valeurs (les plus fondamentales), peut-être conjointement avec la compréhension factuelle et l'engagement émotionnel.

Question 1	Le gouvernement ne devrait assurer à tous que la prestation de services essentiels tels que les soins exigés par les maladies graves et il devrait encourager les gens à pourvoir eux-mêmes à leurs besoins dans d'autres domaines (de 1 = tout à fait d'accord, à 5 = en complet désaccord) (Gevers et coll., 2000).

Tableau 1
Mesures de distribution établies pour la question 1

Pays	Proportion des gens qui désapprouvent complètement	Moyenne	Écart type	Asymétrie
Autriche	18,60	3,10	1,27	-0,10
Danemark	41,90	3,71	1,41	-0,70
Finlande	23,30	3,28	1,38	-0,22
France	26,60	3,44	1,35	-0,45
Grande-Bretagne	44,90	3,98	1,21	-1,03
Grèce	29,20	3,60	1,30	-0,67
Irlande	25,00	3,40	1,30	-0,32
Italie	41,90	3,44	1,54	-0,29
Pays-Bas	39,00	3,54	1,46	-0,44
Portugal	21,30	3,48	1,20	0,44
Espagne	35,20	3,82	1,20	-0,84
Suède	36,80	3,98	1,08	-1,06
Allemagne de l'Ouest	25,60	3,50	1,26	-0,47

Question 2	Voici trois opinions recueillies. Veuillez me dire laquelle de ces opinions est la plus proche de la vôtre ? 1) Le gouvernement doit voir à ce que les soins de santé soient fournis à toutes les personnes qui résident légalement ici, sans égard à leurs revenus. 2) Le gouvernement doit voir à ce que les soins de santé soient fournis seulement aux personnes à faibles revenus qui résident légalement ici. 3) Le gouvernement n'a pas à voir à ce que les soins de santé soient fournis aux personnes qui résident légalement ici, même pas à celles dont les revenus sont faibles (Gevers et coll., 2000).

Tableau 2
Mesures de distribution établies pour la question 2

Pays	Proportion des gens qui ont choisi l'option 1	Moyenne	Écart type	Asymétrie
Danemark	86,50	2,86	0,38	2,52
Allemagne de l'Ouest	71,80	2,67	0,57	1,52
Grèce	87,20	2,83	0,47	2,85
Italie	71,70	2,68	0,53	1,44
Espagne	90,10	2,88	0,40	3,39
France	76,20	2,70	0,58	1,79
Irlande	58,90	2,55	0,58	0,84
Pays-Bas	77,70	2,75	0,50	1,84
Portugal	72,00	2,66	0,59	1,53
Grande-Bretagne	85,90	2,84	0,41	2,60
Finlande	79,60	2,79	0,43	1,70
Suède	94,80	2,94	0,27	4,87
Autriche	65,00	2,59	0,61	1,18

Nous pourrions commenter plus en profondeur ces interprétations, mais nous nous limiterons pour l'instant à cette observation qui établit deux points essentiels pour notre étude. Premièrement, on peut observer qu'il y a une grande similarité dans la conception centrale et solidariste du rôle de l'assurance médicale dans les États providence d'Europe occidentale. Toutefois, cette orientation générale sur le plan des valeurs va de pair avec des différences considérables dans les divers aspects de la gestion et des politiques et règles applicables aux mécanismes européens de prestation des soins médicaux. Deuxièmement, les différences observées d'un bout à l'autre de l'Europe donnent à penser qu'il y a dans les sociétés plus égalitaires (et plus homogènes) comme la Suède et le Danemark des liens entre les opinions relatives à l'accès égal aux soins médicaux et les programmes qui minimisent le rôle du revenu dans l'accès ou le financement. L'ironie, du point de vue du débat qui se poursuit au Canada, est que la Suède et le Danemark ont effectué ces dernières années davantage de changements graduels sur le plan des politiques que le Canada, et ils l'ont fait sans apporter de modifications spectaculaires aux valeurs et aux attitudes, par rapport aux conditions budgétaires du moment.

Tous les pays de l'OCDE, avons-nous dit, ont exprimé publiquement un attachement fondamental à l'accès universel aux soins et à un traitement relativement égal des citoyens souffrant de maladies similaires. Leurs citoyens, comme nous l'avons fait remarquer, adoptent de telles attitudes à un niveau très général. Bien qu'il n'y ait guère de raisons de croire que le fait de payer pour les soins garantisse que ceux-ci seront appropriés, on estime que tous les soins donnés doivent être de bonne qualité. Les dirigeants de ces pays expriment également des préoccupations au sujet de la satisfaction des patients, ils préconisent une certaine latitude dans le choix du fournisseur de services et, en général, ils reconnaissent la nécessité de préserver l'autonomie des médecins dans les décisions professionnelles (OCDE, 1992, 1994). (Il convient d'ajouter que le problème de la définition de ce qui devrait être considéré comme une autonomie appropriée, de la satisfaction ou de la qualité est loin d'être réglé, mais l'attrait de ces valeurs est réel.) Les fonds publics étant la plus importante source de financement dans ce domaine, on reconnaît généralement la maîtrise des coûts comme étant un autre but à poursuivre. Enfin, il existe, dans la plupart des pays de l'OCDE, un appui implicite ou explicite à la promotion de la santé et à la sécurité des consommateurs. Ces notions sont présentées comme des objectifs nationaux valables – ou au moins attrayants – des politiques nationales. Dans quelle mesure l'expression de ces ensembles étonnamment similaires de valeurs a-t-elle donné lieu à la création d'institutions sociales similaires dans la prestation des soins de santé ?

B. Financement et prestation des soins de santé dans les pays de l'OCDE : Mécanismes institutionnels

L'étude de l'OCDE est un bon moyen d'illustrer les différences entre les mécanismes de financement et de prestation des soins de santé. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les sources de *financement public* (c'est-à-dire, l'imposition générale, la perception d'impôts à des fins spéciales, l'assurance-santé collective) sont les sources dominantes, comparativement au paiement des *dépenses par l'intéressé lui-même* ou à *l'assurance-santé privée*. En ce qui concerne les formules de prestation de services, l'OCDE distingue trois modèles de base. Le premier est un *système intégré* selon lequel – comme c'est le cas en Grande-Bretagne – le gouvernement s'occupe à la fois du financement et de la prestation des soins de santé. Le second

est un *modèle d'impartition,* d'après lequel les tiers payeurs négocient des ententes directement avec des fournisseurs indépendants. Le troisième est un *modèle de remboursement,* en vertu duquel les patients paient leurs soins de santé aux fournisseurs et reçoivent ensuite une indemnisation financière des assureurs du secteur public ou privé. Selon l'OCDE, le *modèle d'impartition publique* a connu une vogue croissante au cours des dernières décennies, combinant la formule du financement collectif avec celle de fournisseurs indépendants de soins de santé.

Au milieu des années 90, l'OCDE a résumé les systèmes comme suit :

Financement et prestation de soins de santé dans les pays de l'OCDE

Pays	Sources de financement des soins de santé	Prestation de soins de santé
Allemagne	Combinaison d'assurance publique et privée	Combinaison de fournisseurs publics et privés
Pays-Bas	Combinaison d'assurance publique et privée	En majorité des fournisseurs privés
Danemark, Finlande, Grèce, Islande, Norvège, Portugal, Espagne et Suède	Financés principalement par les impôts	En majorité des fournisseurs publics
Australie et Nouvelle-Zélande	Impôt et assurance-santé privée (en Australie)	Combinaison de fournisseurs publics et privés
Canada	Taxation principalement (et assurance privée complémentaire et facultative)	Principalement par des fournisseurs privés
Suisse	Principalement par l'intermédiaire d'assurance privée facultative	Principalement par des fournisseurs privés
États-Unis	Combinaisons de systèmes d'assurance publics et privés (Medicare, Medicaid et Veterans administration, Indian Health)	Principalement par des fournisseurs privés

Source : OCDE, 1994.

Ce que révèle ce tableau, c'est qu'en dépit du large soutien en faveur de la solidarité sociale dans la répartition et le financement des soins médicaux, les pays de l'OCDE présentent entre eux des différences marquées au chapitre de l'organisation des soins de santé. En effet, on observe une grande variété de formes juridiques de propriété et de gestion, allant des sociétés privées à but lucratif et d'institutions de bienfaisance sans but lucratif aux autorités municipales ou régionales fournissant des soins de santé sur une base communautaire. Et certains mécanismes de financement public desservent des secteurs spécifiques de la population, tandis que d'autres financent la prestation de soins à l'ensemble de la population. La manière dont ce système s'est développé au fil des ans a fait l'objet d'un grand nombre d'études. Dans les pages qui suivent, nous examinons certaines de ces évolutions historiques afin de montrer comment des valeurs de référence très semblables se sont exprimées dans des institutions de bien-être collectif très différentes.

L'Allemagne a été le premier pays à instituer, en 1883, une assurance-santé obligatoire pour les travailleurs à faible revenu du secteur industriel (Okma, 2002). Le Danemark a suivi dans la décennie suivante. Au fil des décennies, d'autres pays d'Europe ont emboîté le pas. Ils ont mis au point des systèmes d'assurance sociale obligatoires couvrant les risques d'incapacité, la

maladie, la vieillesse et la mort. Certains, notamment la France, la Belgique, les Pays-Bas (ainsi que le Japon et la Corée) ont importé d'Allemagne le modèle « bismarkien » d'assurance-santé lié à l'emploi. Dans ce modèle, des organismes autonomes et semi-autonomes (comme les « fonds de maladie ») administrent l'assurance-santé sociale et négocient des marchés avec les fournisseurs de soins. D'autres pays ont étendu la couverture au-delà de la classe ouvrière et adopté des systèmes universels financés par l'impôt général; cette formule a été mise au point en 1948 par le British National Health Service (NHS). Dans certains pays – par exemple, aux États-Unis, en Allemagne et aux Pays-Bas – l'accès à l'assurance sociale est limité à des groupes spécifiques de la population. En Allemagne, les citoyens à revenus élevés peuvent s'abstenir de participer au régime, et une tranche d'environ 10 pour cent de la population s'est en fait prévalue de cette possibilité. Aux Pays-Bas les personnes couvertes par l'assurance obligatoire constituent 60 pour cent de la population. Les 40 pour cent restants doivent se procurer une assurance-santé privée. En pratique, 99 pour cent de la population hollandaise possèdent une assurance-santé (Okma, 1997). Les États-Unis ont mis au point divers systèmes séparés : un système pour les personnes âgées et invalides, qui fonctionne sur la base des principes de l'assurance sociale; un système pour les Américains à faibles revenus, le Medicaid; des programmes pour Anciens combattants et pour les Autochtones vivant dans les réserves. En plus de l'assurance-santé universelle, le Canada a mis en place des régimes spéciaux pour les Anciens combattants et les Forces armées, les détenus et les Premières nations. La Belgique, la France et l'Allemagne ont étendu le modèle de la caisse-maladie à l'ensemble de la population. À la fin des années 90, les principales sources de financement des soins de santé en Europe et en Amérique du Nord étaient les impôts généraux ou affectés à cette fin particulière et les primes d'assurance-santé à la fois publiques et privées (OCDE, 1992, 1994).

Dans les pays scandinaves, les autorités municipales et régionales ont la responsabilité première du financement et de la prestation des soins de santé et des services sociaux connexes. Elles assument la responsabilité financière des soins médicaux et infirmiers en cas de maladie grave et elles ont mis au point une vaste gamme de services sociaux, qui comprend les soins à domicile, le soutien au logement adapté aux besoins des personnes âgées et handicapées et le soutien aux personnes en perte d'autonomie. Au Royaume-Uni, il existe une claire distinction entre l'administration du NHS, qui couvre le coût de l'assurance médicale, et les services sociaux fournis par les municipalités. Les Pays-Bas (en 1988), l'Allemagne (en 1992) et le Japon (en 1995) ont institué une assurance sociale couvrant les coûts des soins à long terme pour toute la population et les soins à domicile pour les personnes âgées. Dans ces trois pays, l'assurance couvrant les soins à long terme est un supplément aux systèmes existants, qui prennent en charge les soins médicaux actifs. Ces trois pays acceptent dans ce domaine une combinaison de fournisseurs publics et privés et tous les trois ont mis à l'essai un système de prestation en espèces permettant au consommateur d'engager directement des fournisseurs de soins plutôt que de recevoir des services en nature. Les différences au chapitre des politiques et des institutions au sein de l'OCDE sont donc indiscutables.

C. Modèles d'élaboration de politiques

Les différences mentionnées précédemment s'étendent aussi aux modèles d'élaboration de politiques. Les processus des politiques centralisatrices de la Grande-Bretagne et de la France

contrastent nettement avec les modèles fonctionnellement décentralisés de l'Allemagne, de la Belgique et des Pays-Bas (Klein, 1995). Les trois derniers pays appliquent dans une large mesure le *néocorporatisme*, un modèle de prise de décision où les gouvernements et des acteurs du secteur privé (représentés par leurs propres organisations) partagent la responsabilité du façonnement et des résultats des politiques sociales (Wilson, 1990). Ce modèle implique que les acteurs du secteur privé ont le désir et la capacité d'assumer des responsabilités publiques en participant activement au processus d'élaboration des politiques et à l'autoréglementation. Par exemple, les organisations représentatives ou associations d'hôpitaux et de médecins allemands et hollandais représentent leurs membres aux négociations menées avec les agences d'assurance-santé au sujet des tarifs et du volume de services. Les associations médicales sont habilitées par les pouvoirs publics à réglementer l'accès à la profession médicale, à établir des normes en matière de formation médicale et d'éthique professionnelle et à surveiller (avec des règles et des sanctions) le comportement professionnel de toute la profession médicale (membres et non-membres). Les principaux organes administratifs de l'assurance-santé sociale, les caisses-maladie, sont des acteurs juridiquement indépendants et leurs organisations sont collectivement habilitées à sous-traiter des services de santé au nom de leurs assurés. Dans certains pays de l'Europe de l'Ouest, un pourcentage élevé (et aux Pays-Bas, le pourcentage le plus élevé) des installations de santé a toujours appartenu au secteur privé non gouvernemental et a toujours été géré par ce secteur.

Le modèle corporatiste allemand limite le rôle de l'État aux domaines sociaux comme le logement et les soins de santé. De plus, l'État fédéral de ce pays a renoncé à la plupart de ses responsabilités administratives dans le domaine des politiques sociales pour les transférer aux provinces ou *Länder*. Dans ce modèle d'élaboration de politiques, la plupart, pour ne pas dire l'intégralité des intérêts organisés, tiennent une fois l'an avec le gouvernement une ronde de consultations, l'action concertée ou *Konzertierte Aktion*, pour décider des niveaux des dépenses et de l'allocation générale du financement public aux soins de santé. Une fois ce cadre financier établi, les représentants généraux des compagnies d'assurance-santé et les fournisseurs de soins négocient des contrats assortis d'ententes, détaillées et ayant force exécutoire, sur le volume et les tarifs des services de santé.

La Hollande, pays voisin de l'Allemagne, a emprunté de nombreux éléments à ce modèle. Jusque dans les années 80, le régime de la politique sociale des Pays-Bas représentait un modèle frappant de mécanismes corporatistes, avec ses agences privées investies de pouvoirs en général dévolus à l'État (Freddi, 1989). Ces institutions n'étaient pas seulement constituées selon des lignes fonctionnelles, mais elles reposaient aussi sur les confessions religieuses. Après les critiques croissantes adressées à ce modèle dans les années 70 et 80, des gouvernements successifs des Pays-Bas ont pris les mesures nécessaires pour réduire et, dans certains cas, démanteler ce modèle hybride de « corporatisme consociationnel » (Baakman, Van der Made et MurVeeman, 1989; Okma, 1997). Tandis que l'Allemagne et la Belgique ont gardé intact l'essentiel de leurs structures corporatistes, les Pays-Bas ont éliminé de la formulation des politiques sociales la représentation directe des intervenants organisés, dans le cadre d'un effort de rationalisation et d'accélération des processus de prise de décision. À la fin des années 90, les principaux groupes d'intérêts avaient perdu leur représentation directe au sein des organismes consultatifs et administratifs du domaine des politiques sociales.

À l'opposé de ces modèles de politique très décentralisés, la France et le Royaume-Uni ont maintenu dans une large mesure leurs traditions de prépondérance de l'État central. Sous le régime de *l'étatisme* français, les groupes d'intérêts en sont venus à jouer un rôle important dans l'élaboration des politiques sociales. Les associations médicales sont fragmentées et ne se montrent guère intéressées à collaborer les unes avec les autres ou avec le gouvernement. Par contre, l'association des médecins britanniques, la British Medical Association, a joué un rôle considérable (qui a toutefois diminué) dans l'élaboration des politiques en matière de santé. Dans les années 40, elle a accepté la formation du National Health Service (NHS) – qui a dans les faits nationalisé la plupart des hôpitaux –, puis, dans les années 90, la création de groupes de soins primaires (ce qui mettait fin, en pratique, au statut d'employés autonomes des généralistes). Mais, les médecins britanniques ont retenu une grande autonomie professionnelle et une forte influence dans la gestion des établissements de santé (Klein, 1995).

En ce qui concerne la gestion des affaires publiques, les démocraties avancées ont alors mis au point des institutions publiques très différentes sur la base de valeurs nationales assez semblables. Une tradition d'étatisme favorise des valeurs par l'entremise d'institutions dirigées par une autorité centrale. Une tradition néocorporatiste favorisera des valeurs similaires, car elle résulte d'un jeu de négociations plus ou moins structurées menées par des acteurs organisés et où le gouvernement a une seule voix. Par contre, de toute évidence, les décisions relatives à la question de savoir si les valeurs doivent être mises de l'avant par les autorités centrales ou par voie de concours entre les individus ou les secteurs – ou si les dépenses doivent être financées par des ressources publiques ou privées – ne sont pas neutres. La forme des institutions sociales – même quand elles favorisent des valeurs très similaires – peut néanmoins faire en sorte qu'il est plus facile ou plus difficile de maintenir ou d'améliorer des valeurs particulières.

D. Négociation des intérêts

En plus des moyens par lesquels des habitudes différentes en matière de gouvernance influencent l'incarnation des valeurs dans les institutions publiques, il y a le jeu des intérêts entre les parties, dont le rôle est également considérable. Dans les politiques sociales, les gouvernements sont confrontés à un grand nombre de *parties intéressées* (Sabatier et coll., 1993; Pross, 1986; Alford, 1974). Dans ce domaine, on trouve les administrations provinciales, régionales et municipales et des agences gouvernementales semi-autonomes, des syndicats et des associations privées de gens d'affaires, des groupes de défense des droits des consommateurs, des groupes d'intérêts publics et de nombreux autres intervenants. Dans la plupart des pays industrialisés, le financement et la prestation de services publics comme le logement, l'éducation et les soins de santé ne sont pas une responsabilité exclusive du gouvernement. Les gouvernements dépendent d'autres intervenants pour faire fonctionner les systèmes publics. L'arène de la politique de santé est occupée par un grand nombre d'intervenants et de groupes d'intérêts bien organisés qui influencent l'élaboration et l'issue des politiques des gouvernements (Okma, 1997). Les gouvernements doivent traiter avec ces intérêts et intervenants concurrents qui ont souvent un grand pouvoir de veto. Il n'est pas facile de remplacer les mécanismes existants par de nouveaux.

V. Valeurs canadiennes et mécanismes des soins médicaux

À la section III du présent document, nous avons noté que presque tous les rapports récents sur l'assurance-santé appuient les cinq principes de base de la *Loi canadienne sur la santé* (l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique). Diverses enquêtes menées dans les années 80 et 90 ont fait ressortir le fort soutien public dont bénéficient ces principes et cela même si la confiance générale dans le gouvernement a diminué. À la fin des années 80, une enquête avait fait ressortir une érosion plus générale de la confiance du public dans l'État (Graves, 1988). L'étude de Graves concluait que les institutions publiques des pays industrialisés du monde étaient confrontées à une crise de légitimité. Fait intéressant, les Canadiens n'émettaient pas un jugement catégorique et négatif sur leur gouvernement, mais ils exprimaient leur désir de voir renforcer les institutions publiques. En tentant d'expliquer ces résultats, l'enquête a produit des données indiquant que les médias jouaient un rôle dans l'alimentation du cynisme au sujet des grandes institutions publiques.

Les données des enquêtes réalisées à partir des années 80 et des années 90 montrent que le soutien canadien aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* est demeuré assez fort (HayGroup, 1999; Maioni et Martin, 2001; *Hospital Quarterly*, 2000). Bien que le soutien public à « la gestion publique » ait sensiblement diminué durant les années 90, un important pourcentage de 59 pour cent continuent à considérer ce principe comme « très important », tandis que les autres répondants le considèrent comme « important ». Des pourcentages plus élevés ont accordé la cote « très important » à l'*universalité* (89 pour cent), à l'*accessibilité* (81 pour cent), à la *transférabilité* (79 pour cent) et à l'*intégralité* (80 pour cent). En dépit des préoccupations relatives à l'avenir de l'assurance-santé, les Canadiens ont exprimé un haut degré de satisfaction au sujet des services qu'ils reçoivent en réalité (Picard, 2000). (Cette observation est, soit dit en passant, compatible avec celle faite dans les autres démocraties industrielles.) Environ le tiers des Canadiens sondés estiment que l'assurance-santé mérite une réforme en profondeur. Mais plus de 44 pour cent pensent que des changements mineurs suffiraient.

Toutefois, certaines études soulignent des problèmes, pas un soutien de principe à l'assurance-santé. Par exemple, le HayGroup a observé dans son étude une préoccupation générale au sujet des listes d'attente, de l'insuffisance de l'accès aux services médicaux et du gaspillage, et il conclut que les Canadiens sont prêts pour une réforme (Conference Board du Canada, 2001). Le Conference Board a fait état d'une baisse de la confiance dans l'assurance-santé. Il conclut que les Canadiens pensent que leur système de soins de santé s'est détérioré, mais qu'ils sont encore attachés aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* et aux valeurs que celle-ci incarne.

En résumé, il semble qu'il reste encore un soutien massif à la fois parmi les artisans des politiques et parmi l'ensemble des Canadiens, aux valeurs de base du programme d'assurance-santé. En même temps, les préoccupations au sujet de l'assurance-santé sont généralisées. Et, au-delà de cette observation, les rapports que nous avons examinés tracent des portraits différents de ce qui doit être fait. Compte tenu de l'appui populaire que continuent de recevoir les principes de l'assurance-santé, certains de ces rapports soutiennent, comme nous l'avons fait remarquer, que le programme n'exige que des ajustements mineurs. D'autres – comme ceux du Conference Board, de la Commission Mazankowski et du HayGroup –

affirment qu'il y a lieu d'apporter de toute urgence des modifications plus fondamentales au mode de fonctionnement de l'assurance-santé.

Fait important, l'attrait des principes généraux ne fournit guère d'indications sur la manière dont il faudrait formuler des options stratégiques réelles pour concevoir des programmes concrets. Par exemple, l'étude mentionnée précédemment du HayGroup fait état d'un soutien généralisé à un programme national de soins à domicile et d'assurance-médicaments, mais ne formule pas de recommandations sur la forme pratique qu'il faudrait donner à de tels programmes. Les rapports n'accordent pas non plus une grande attention aux conditions qui favorisent le changement ou la stabilité.

Mais même à l'intérieur du Canada, comme l'a montré Carolyn Tuohy (Tuohy, 1999), le jeu des contingences historiques et des intrigues politiques a donné des institutions sociales et des approches différentes en matière de réforme de l'assurance-santé. Le Québec, avec son influence française et sa culture politique relativement « étatiste », est naturellement un cas spécial. Cette province a commencé tôt à interdire la surfacturation par les médecins et a placé des limites globales aux factures médicales. Au Québec également, les négociations entre la profession médicale et la province sont plus ou moins permanentes et continuelles et elles sont marquées par une préoccupation sur le partage de l'information détenue par les professionnels et l'utilisation qu'on en fait. En Colombie-Britannique, par contre, de telles négociations sont périodiques, antagonistes et marquées par le recours aux tactiques de confrontation courantes dans les négociations collectives. Les médecins de l'Ontario ont résisté à l'interdiction de la surfacturation instituée par la *Loi canadienne sur la santé,* allant jusqu'à entreprendre une grève dans les années 80. Aucune résistance comparable n'a été observée ailleurs à cette époque. Contrairement à la Colombie-Britannique, à l'Ontario, à l'Alberta et au Manitoba, les provinces de l'Atlantique et la Saskatchewan ont entretenu avec les associations médicales des relations de travail moins officielles et beaucoup moins conflictuelles. En résumé, les données canadiennes relatives aux diverses provinces et à des périodes différentes soutiennent l'idée que le lien entre les politiques opérationnelles et les valeurs pragmatiques sous-jacentes est relativement faible et n'est pas sans contraintes. Cette dernière leçon, les Canadiens l'ont apprise dans la bataille sur la surfacturation menée en prélude à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Les valeurs exprimées par les cinq principes directeurs de l'assurance-santé, présentées dans les années 60 et réaffirmées dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, ont découlé dans une large mesure des résultats obtenus par l'assurance-santé, non pas de ses origines. Aucune des grandes études sur les origines de l'assurance-santé – qu'il s'agisse du programme d'assurance-hospitalisation de la fin des années 50 ou du programme d'assurance médicale recommandé par la Commission Hall – n'a conclu que le soutien massif en faveur des valeurs égalitaires du programme d'assurance-santé a préexisté à l'adoption de la législation nationale sur l'assurance-santé (Taylor, 1987). En réalité, les Canadiens ont plutôt renforcé leur attachement à ces valeurs, en découvrant les vrais enjeux durant des différends. Et ce qui est le plus important aux fins de comparaison, c'est que l'assurance-santé canadienne est plus restrictive que tous les autres régimes des autres pays de l'OCDE, en ce sens qu'elle restreint le rôle des paiements privés et de l'assurance privée, qui donne un accès différentiel aux soins de santé (Marmor, Mashaw et Harvey, 1990).

VI. Conclusion

Les données provenant des pays de l'OCDE ainsi que les indications tirées des débats canadiens sur l'assurance-santé confortent notre principale affirmation selon laquelle il existe un lien très flou entre les valeurs nationales, la structure du programme et les pratiques en vigueur dans les soins médicaux. Il s'est développé une grande variété de formes institutionnelles et de pratiques politiques qui ont semblé compatibles avec les valeurs sociales partagées par de larges couches de la population. En examinant l'expérience de grandes démocraties d'Europe occidentale, nous avons soutenu que les valeurs peuvent servir de base aux programmes sociaux, mais qu'elles ne fournissent pas l'architecture de ces programmes. Les différences entre les institutions sociales reflètent non seulement des différences fondamentales entre les positions idéologiques, mais aussi des différences historiques (et subtiles) dans la construction initiale de ces programmes et dans le jeu subséquent des intérêts politiques et sociaux.

Il n'est pas surprenant que les demandes de réforme de l'assurance-santé aient pris naissance dans les années 90, dans un contexte de relative prospérité économique et à un moment où la longue période de resserrement des conditions de l'assurance-santé semblait toucher à sa fin. Il est à l'avantage politique de chaque groupe d'intérêts d'essayer de s'assurer une plus large part des ressources financières publiques en soulignant les sacrifices qu'il a faits et les défis financiers auxquels il est confronté. Le « discours de crise » – les allégations selon lesquelles la période actuelle est extraordinaire et extraordinairement dangereuse – est en fait un instrument assez ordinaire de la lutte politique entre les groupes d'intérêts. Les décideurs canadiens ont donc résisté jusqu'ici à la tentation de laisser guider leurs délibérations par une peur injustifiée de l'effondrement – ou une allégation non justifiée de l'« abandon des valeurs canadiennes ». Mais selon chacune des indications que nous avons passées en revue, l'assurance-santé canadienne reste solidement installée sur les assises que sont les valeurs nationales canadiennes encore partagées. La question à notre avis pour les réformateurs de l'assurance-santé n'est pas de savoir s'il faut abandonner ou repenser ces valeurs. Elle consiste plutôt à déterminer la meilleure façon d'incarner ces valeurs dans des institutions du XXI^{e} siècle. Pour répondre à cette question, il faut accorder une attention prudente aux réalités politiques et économiques fondamentales du Canada et effectuer un examen prudent des mécanismes de gestion et de financement de l'assurance-santé qui ont été essayés, pour le meilleur ou pour le pire, dans d'autres pays. Cela ne signifie pas, comme nous l'avons souligné tout au long du rapport, que les valeurs de l'assurance-santé ne soient compatibles qu'avec n'importe quel ajustement sur le plan des normes prudentielles ou de la gestion. Le statut de symbole dont jouit ce programme garantit qu'on ne perdra pas de vue cet enjeu. Et il n'y a guère de doute que certaines des propositions relatives à la réforme de l'assurance-santé représentent en fait des menaces à la continuation du régime et reposent sur des valeurs incompatibles avec celles qui sont à la base de l'assurance-santé. La plupart des Canadiens ne pensent pas que l'accès aux soins médicaux devrait dépendre de la taille du compte de banque. Il s'agit là, nous le disons en guise de conclusion, d'une valeur fondamentale, et il y a d'éminents Canadiens qui ne la partagent pas, mais qui ne le diront pas explicitement. À notre avis, la clarté dans ce domaine est difficile à trouver et à maintenir.

Bibliographie

Alford, R. (1974), *Health Care Politics. Ideological and Group Barriers to Reform,* The University of Chicago Press, Chicago.

Ardigo, A. (1995), « Public attitudes and changes in health care systems: a confrontation and a puzzle », dans l'ouvrage publié sous la direction de O. Borre et E. Scarborough, *The Scope of Government*, Oxford University Press, Oxford, p. 388-409.

Baakman, N., J. van der Made et I. Mur-Veeman (1989), « Controlling Dutch Health Care», dans l'ouvrage publié sous la direction de G. Freddi et J. W. Björkman, *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*, Sage Publications, Londres.

Berlin, I. (1998), « My Intellectual Path », *New York Review of Books*, 14 mai.

Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la Science et de la Technologie (Comité Kirby) (2001), *La santé des Canadiens, vol. IV,* document d'information, disponible depuis le site http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repintsep01-e.htm.

Commission Clair (2001), *Les solutions émergentes : La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, disponible depuis le site http://www.cessss.gouv.qc.ca/pdf/fr/00-09.pdf.

Commission Fyke (2001), *Caring for Medicare. Sustaining a Quality System*, Regina, avril.

Commission Mazankowkski (2001), *A Framework for Reform. Report of the Premier's Advisory Council on Health,* Edmonton.

Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (2000), *1996-2000). Looking back, Looking Forward. A Legacy report*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa.

Commission Romanow (2002), *Préparer l'avenir des soins de santé,* rapport d'étape sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon.

Conference Board du Canada (2001), *Universality, Quality and Efficiency –Top Values for Health Care,* communiqué de presse.

Coughlin, R. (1980), *Ideology, public opinion, and welfare policy: attitudes toward taxes and spending in industrialized societies,* Université de la Californie, Institute of International Studies, Berkeley.

Decter, M. et coll. (2000), *Groupe de travail de l'IRPP sur les politiques de santé : Recommandations aux premiers ministres*, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal.

Douglas, M. et A. Wildavsky (1989), Chapitre 10, dans l'ouvrage publié sous la direction de G. Freddi et J. W. Björkman, *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*, Sage Publications, Londres.

Forum national sur la santé (1997), *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier,* rapport final, Santé Canada, Ottawa.

Freddi, G. (1989), « Problems of Organisational Rationality in Health Systems: Policy Controls and Policy Options », dans l'ouvrage publié sous la direction de G. Freddi et J. W. Björkman, *Controlling Medical Professions: The Comparative Politics of Health Governance*, Sage Publications, Londres.

Freddi, G. et J. W. Björkman, ouvrage collectif (1989), *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*, Sage Publications, Londres.

Gevers, J. et coll. (2000), « Public health care in the balance: exploring popular support for health care systems in the European Union », *International Journal of Social Welfare*, vol. 9, p. 301-321.

Graves, F. (1988), *Canadians and their Public Institutions*, Associés de recherche Ekos et Paul Reed, Centre canadien de gestion, Ottawa.

HayGroup (1999), *Public Behaviour, Perceptions and Priorities in the Health Care Sector: An Overview*, document d'information pour la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario.

Hirschman, A. O. (1992), « The Concept of Interest: From Euphemism to Tautology », dans *Rival Views of Market Society*, Harvard University Press, Cambridge.

Hospital Quarterly (2000), « Canadians and the Canada Health Act: renewed commitment to national principles », Quarterly Index, automne, p. 80.

Ignatieff, M. (2000), « Does History Matter? », dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Griffiths, *Great Questions of Canada*, Stoddart, Toronto.

Immergut, E. M. (1992), *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge Studies in Comparative Politics, Cambridge University Press, New York.

Institut canadien d'information sur la santé (2001), *Les soins de santé au Canada 2001*, rapport annuel, Ottawa.

Klein, R. (1995), *The New Politics of the National Health Service*, 3e édition, Longman, Harlow, Essex.

Lewis, S. et C. Maxwell (2002), « Decoding Mazankowski: A Symphony in Three Movements », *HealthcarePapers*, vol. 2, nº 4, 8 mai, Longwoods, Toronto,<http://www.longwoods.com/hp/2-4Mazanowski>.

Maioni, A. et P. Martin (2001), *Is the Canadian Health Care Model Politically Viable? Some Evidence from Public Opinion*, Association canadienne de science politique, Ottawa.

Mansfield, H. C. (1995) « Self-Interest Rightly Understood », *Political Theory*, vol. 23, nº 1, p. 48-66.

Marmor, T. R. (2002), « Medicare: Suspect Messages », *The Globe and Mail* et *La Presse*, 12 février.

Marmor, T. R., J. L. Mashaw et P. L. Harvey, ouvrage collectif (1990), *America's Misunderstood Welfare State. Persisting Myths, Enduring Realities*, BasicBooks, New York.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (1992), *La réforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Études de politique de santé n° 2, Paris.

____ (1994), *La réforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Études de politique de santé n° 5, Paris.

Okma, K. G. H. (2002), *What is the 'Best Public-Private Model for Canadian Health Care?*, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal.

____ (1997), *Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law*, thèse de doctorat, Université d'Utrecht.

Picard, A. (2000), « Health Care Not So Bad: Survey », *The Globe and Mail*, 27 novembre.

Pross, A. P. (1986), *Group Politics and Public Policy*, Oxford University Press, Toronto.

Rachlis, M. et coll. (2001), *Revitalizing Medicare: Shared Problem, Public Solutions*, The Tommy Douglas Research Institute, Vancouver.

Ranade, W., ouvrage collectif (1998), *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*, Longman, New York.

Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge.

Sabatier, R., P. A. Jenkins-Smith et H. C. Jenkins-Smith, ouvrage collectif (1993), *Policy Change and Learning*, Westview Press, Boulder.

Schumpeter, J. (1908). « On the Concept of Social Value », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 23, p. 213-232

Taylor, M. G. (1987), *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes*, McGill-Queen's University Press, Montréal.

Tuohy, C. H. (1993), « Social Policy. Two Worlds of Welfare », dans l'ouvrage publié sous la direction de M. A. Atkinson, *Governing Canada. Institutions and Public Policy*, Harcourt Brace Canada, Toronto.

____ (1999), *Accidental Logics: The dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*, Oxford University Press, New York.

Wilson, G. K. (1990), *Interest Groups*, Basil Blackwell, Oxford.